Psychopathologie

Psychopathologie du sujet âgé

6e édition

Gilbert Ferrey
Gérard Le Gouès

Collection **Les âges de la vie**



DU MÊME AUTEUR

ABORD PSYCHOSOMATIQUE DES TRAUMATISÉS CRÂNIENS, par G. Ferrey. *Collection Médecine et Psychothérapie*. 1995, 368 pages.

CHEZ LE MÊME ÉDITEUR

ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTÉES. TRAITER, SOIGNER ET ACCOMPAGNER AU QUOTIDIEN, par R. MOULIAS, M.-P. HERVY, C. OLLIVET. *Collection Âge, Santé, Société*. 2005, 544 pages.

ÉCHELLES D'ÉVALUATION DES MÉCANISMES DE DÉFENSE, par J. C. PERRY, J.-D. GUELFI, J.-N. DESPLAND, B. HANIN. *Collection Pratiques en psychothérapie*. 2004, 152 pages.

INTRODUCTION À LA PSYCHOPATHOLOGIE, par A. BRACONNIER, E. CORBOBESSE, F. DESCHAMPS et coll. 2006, 352 pages.

INTERVENTIONS DU PSYCHOLOGUE EN SERVICE DE MÉDECINE, par C. DOUCET et coll. *Collection Psychologie.* 2008, 200 pages.

LA MALADIE DE PARKINSON, par L. DEFEBVRE, M. VÉRIN. *Collection Monographies de neurologie*. 2007, 232 pages.

MANUEL DE PSYCHOLOGIE ET DE PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE GÉNÉRALE, par R. ROUSSILLON et coll. *Collection Psychologie.* 2007, 720 pages.

MANUEL DE PSYCHIATRIE, par J.-D. GUELFI, F. ROUILLON. 2007, 816 pages.

NEUROPSYCHOLOGIE DE LA MALADIE DE PARKINSON ET DES SYNDROMES APPARENTÉS, par K. DUJARDIN, L. DEFEBVRE. *Collection Neuropsychologie*. 2007, 2e édition, 184 pages.

PRISE EN SOIN DU PATIENT ALZHEIMER EN INSTITUTION, par G. DEMOURES, D. STRUBEL. 2006, 256 pages.

PROTOCOLES ET ÉCHELLES D'ÉVALUATION EN PSYCHIATRIE ET EN PSYCHOLOGIE, par M. BOUVARD, J. COTTRAUX. *Collection Pratiques en psychothérapie*. 2005, 4e édition, 336 pages.

PSYCHOGÉRONTOLGIE, par J. RICHARD, E. MATEEV-DIRKX. *Collection Médecine et Psychothérapie*. 2004, 2e édition, 224 pages.

PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ADULTE, par Q. DEBRAY, B. GRANGER, F. AZAIS. *Collection Les Âges de la vie*. 2001, 2e édition, 392 pages.

QUESTIONNAIRES ET ÉCHELLES D'ÉVALUATION DE LA PERSONNALITÉ, par M. BOUVARD. *Collection Pratiques en psychothérapie*. 2002, 2e édition, 304 pages.

Collection Les Âges de la vie
Dirigée par Pr Daniel Marcelli

Psychopathologie du sujet âgé

6e édition révisée et augmentée

G. FERREY
Psychiatre des hôpitaux honoraire
Ancien chef de clinique neuropsychiatrique, CHU Bicêtre
Ancien coordonnateur de la fédération gérontologie, CH Simone Veil

G. LE GOUÈS
Psychanalyste, membre de la Société psychanalytique de Paris
Ex Professeur associé à Paris-V (Université René Descartes)

Avec la collaboration de

B. RIVIÈRE



ELSEVIER
MASSON



ISBN : 978-2-294-05010-0

Elsevier Masson SAS - 62, rue Camille-Desmoulins – 92442 Issy-les-Moulineaux Cedex

AVANT-PROPOS

La gérontologie prend une place de plus en plus importante dans l'exercice de la médecine, suivant en cela l'évolution de notre société occidentale et l'importance croissante qu'y prennent les personnes âgées.

On a souvent pu dire que la gérontologie n'est pas, au sens propre, une spécialité, mais tout simplement une forme d'exercice de la médecine générale dont les praticiens sont, en fait, des internistes embrassant la totalité de la pathologie pour une tranche d'âge s'étendant sur près de 50 ans de la vie humaine.

Qu'en est-il alors d'une fraction de ce large champ d'action : celui qu'on peut dénommer gérontopsychiatrie ou mieux psychogériatrie ou encore psychopathologie du sujet âgé, comme nous avons choisi de le faire ?

Notre défunt maître, le Pr Péquignot, pionnier de la gériatrie, signalait déjà, il y a près de 30 ans, qu'il constatait la fréquence des troubles du comportement chez les personnes âgées qu'on lui adressait à la consultation de gériatrie et signalait que ce terme était souvent utilisé comme un euphémisme par le malade ou son entourage, mais surtout par les médecins à la place du vocable de psychiatrie.

« Cet euphémisme » disait-il, « est dangereux, car il représente une triple méconnaissance : celle de la pathologie organique associée à la présentation psychiatrique, celle de la pathologie organique expliquant l'apparence psychiatrique, enfin celle d'un diagnostic psychiatrique précis, méconnu et pourtant curable ».

En 1988, une enquête de B.J. Burns et coll. publiée dans le *Journal international de psychiatrie gériatrique* (fondé en 1986) signale que, dans les maisons de retraite aux USA, 68 % des pensionnaires ont des troubles mentaux, soit à peu près 40 % un syndrome cérébral organique détérioratif et 30 % des troubles psychiques d'autres origines.

Les auteurs signalent l'insuffisance de l'attention à ces troubles et le peu de moyens affectés à leurs soins, lesquels, dans ces établissements, sont consacrés presque entièrement aux besoins physiques.

Nous pensions, dès cette époque, que les problèmes avaient la même envergure en France. Doivent y faire face non seulement quelques spécialistes, mais la totalité des personnels soignants assurant la prise en charge et le traitement des personnes âgées, c'est-à-dire bien plus que les gériatres spécialisés ou les psychiatres.

Considérer et vouloir aider les personnes âgées ne peut être fait sans connaître la gravité et la multiplicité des maladies somatiques, sans tenir compte de la

fréquence des troubles psychiques, sans se préoccuper des conditions de vie sociale des « vieux », du rôle que leur réserve la société et les institutions dans lesquelles ils peuvent être appelés à vivre.

Mais bien entendu, le discours et l'action psychiatriques ont comme spécificité de s'intéresser directement aux difficultés relationnelles, aux possibilités psychothérapeutiques, même s'ils ne doivent jamais négliger le corps. Il faut donc se donner les moyens de connaître plus complètement la psychodynamique des personnes âgées. Après avoir porté l'essentiel de notre attention au développement du petit d'homme et de sa conquête de l'âge adulte, il devient indispensable de mieux comprendre son vieillissement. Tous les soignants confrontés aux nécessités de prise en charge pluridisciplinaire doivent développer leur connaissance des bases psychologiques et sociologiques qui justifient et guident leur action.

Ce monde des personnes âgées où, comme tant d'autres, nous avons été conduits un peu par le hasard, surtout par la nécessité, nous est apparu comme particulièrement divers et attachant. Après peut-être un premier recul, il réserve beaucoup de satisfactions et cela n'étonnera pas tous ceux qui déjà s'y dévouent et auxquels nous adressons ce livre, prêts à écouter leurs remarques et à en tenir compte.

Pour la *sixième édition*, presque 20 ans après la première (1989), nous nous devons d'ajouter que la gérontologie et la psychogériatrie ont pris en quelques années une ampleur considérable.

Nous pouvons déjà signaler que la consommation des psychotropes est très généralisée chez les personnes âgées et fait l'objet de critiques quant aux symptômes secondaires et aux risques pris. En effet, les prescriptions atteignent près de 50 % des personnes hospitalisées en service de long séjour pour les antidépresseurs et 70 % reçoivent un ou plusieurs psychotropes (Dardennes, 2007).

Il existe maintenant plusieurs services de psychogériatrie sur le territoire français. L'enseignement de la gérontologie et de la psychogériatrie a pris son essor, les revues traitant de ces questions se sont multipliées et de nouvelles fonctions se sont créées et développées telles que celles de médecin coordonnateur d'EHPAD.

En 2005, 3 500 médecins en France sont titulaires d'une capacité de gérontologie. C'est dire que l'évolution de cette discipline est promise à un avenir important qui se révèle essentiel, tant pour des patients de plus en plus demandeurs que pour les familles et les aidants bénévoles. C'est pourquoi, la demande de formation et de réalisations institutionnelles adaptées s'amplifie, tant de la part des médecins que des personnels soignants, infirmiers, aidants professionnels à domicile mais aussi pour les psychologues, psychiatres et tous les gérontologues contribuant à l'action aidante et soignante en faveur des personnes âgées.

1 | LE VIEILLISSEMENT PSYCHIQUE

Les travaux actuels centrés sur le vieillissement font une très large place à la biologie ainsi qu'à la culture en tant que productrices de longévité. Il est vrai que sans elles l'espérance de vie ne gagnerait pas un trimestre par année comme c'est le cas en France aujourd'hui, ainsi d'ailleurs que dans l'hémisphère Nord en ce début de millénaire. Mais ces travaux biologiques et sociologiques concèdent pour le moment une place réduite, voire pas de place du tout au vieillissement psychique. Ces insuffisances de la pensée biologique et culturelle nécessitent une mise au point car le vieillissement de l'être humain est aussi le produit d'une troisième composante qu'on aurait tort de négliger, celle du sujet vieillissant, notamment lorsque celui-ci vise à produire une existence qui mérite d'être encore vécue, qui le mérite au moins à ses propres yeux. Car la conquête actuelle des années tardives ne peut pas valablement se limiter à la seule addition du temps supplémentaire : encore faut-il que ce temps-là soit aussi une *source d'échange heureux* avec ses contemporains et avec soi-même. De sorte que le principal intéressé — le sujet vieillissant — a nécessairement son mot à dire au cours d'une aventure où il est constamment partie prenante.

Ce constat d'évidence nécessite de notre part un effort d'étude et de compréhension du psychisme vieillissant ne serait-ce que pour faire correctement la part des choses entre une *souffrance existentielle*, inhérente à la condition humaine relevant de la philosophie ou de la religion, et une *souffrance pathologique* que le clinicien peut s'appliquer à réduire. Or la pathologie vieillissante est tout incluse dans un processus magmatique d'où le sujet lui-même a de la peine à s'extraire seul ne serait-ce que pour reconnaître clairement la part de ressources encore disponible pour une conquête tardive de la psyché ou au contraire la tentation de s'abandonner à la pente régressive de la libido lorsque la régression apparaît comme seule capable d'apporter encore un peu de plaisir à vivre.

Le clinicien doit en conséquence s'exercer à identifier le vieillissement usuel du vieillissement pathologique, sachant qu'il observe une spécificité en mouvement, une complexité en évolution tant il est vrai qu'on ne vieillit plus aujourd'hui comme on vieillissait au siècle dernier. La culture change, mais le projet de vie tardive du sujet désirant change aussi. En conséquence, c'est du vieillissement en formation dans la psyché dont il sera essentiellement question ici.

Le vieillissement psychique n'est pas un événement comme la naissance, mais un *processus* lent et progressif comparable à celui de la croissance, à certains égards du symétrique inverse de la croissance. On peut lui assigner

un début psychique puisque ce vieillissement commence au moment où le fantasme d'éternité rencontre une limite jusque-là ignorée par la libido, lorsque ce fantasme est mis à mal par l'apparition d'un fléchissement durable, que ce fléchissement soit une baisse de séduction chez la femme ou une réduction de puissance chez l'homme, fléchissement aux multiples conséquences affectives, mentales, corporelles, professionnelles ou sociales.

Un fantasme organise la pensée désirante : le fantasme d 'éternité. Ce fantasme consiste à penser que la mort ne nous menace pas vraiment, comme si la mort n'était qu'un malheur n'arrivant qu'aux autres. La preuve ? C'est que nous continuons à vivre quand les autres disparaissent. N'est-ce pas établir que nous serions plus forts qu'eux ou plus malins ou mieux protégés par notre dieu favori ? Si nous sommes encore vivant c'est qu'aux yeux de l'inconscient nous aurions su mieux faire que ceux qui ont déjà cessé de l'être. En fait notre mégalomanie infantile continue à œuvrer en coulisses pour nous offrir l'illusion d'une place à part. On voit ici la composante œdipienne qui fait de la disparition des aînés et des rivaux une affaire attendue, pour ne pas dire souhaitée. Ce fantasme est alimenté par la conviction narcissique du moi en son immortalité : le moi dès l'origine se pose comme s'il était impérissable.

Selon l'expérience courante le vieillissement est un processus de décroissance au cours duquel le sujet est soumis à un mouvement pulsionnel inverse à celui qu'il avait rencontré au cours de l'adolescence. Comme la quantité de ressources disponibles diminue, les possibilités d'investissement se restreignent. En sorte que le vieillissement bien accompagné consiste moins à gaver un vieillard dont l'appétit décline parce que l'appétit est supposé venir en mangeant ou parce que le soignant a besoin de se défendre de la peur d'être mauvais nourrisseur, qu'à apprécier avec le vieillard la façon dont celui-ci souhaite désormais s'alimenter. *Le bon accompagnement passe d'abord par l'appréciation de la capacité restante de l'investissement.*

Le début du vieillissement peut en conséquence être situé à mi-vie, en articulation avec la crise du milieu de la vie. La crise du milieu de la vie a été décrite par Elliot Jaques. Elle correspond à l'arrivée sur la scène mentale d'une nouvelle donnée : celle de notre inéluctable finitude. Jusque-là nous pouvions faire comme si la mort était affaire d'accident, ou de maladie, ou de mauvais sort ou de malheur plus ou moins mérité. À présent, à partir du moment où la jeunesse se termine, la finitude s'impose comme incontournable, y compris pour soi. Avec la fin de la jeunesse qui préfigure la fin de l'existence, avec un nombre d'années derrière soi déjà plus grand que celui des années qui restent probablement à vivre, la mort qui se profile est désormais une réalité imparable avec laquelle il faut compter.

La notion de crise rejoint ici l'observation clinique selon laquelle l'appareil psychique évolue plus par crises successives que de façon linéaire. Ces crises autant provoquées par le dehors (perte d'objet) que par le dedans (perte de soi) déstabilisent l'organisation du moi jusqu'à ce que celui-ci parvienne à

se réorganiser, généralement à un niveau inférieur au précédent. Car c'est aussi ouvrir la porte à l'illusion que d'attribuer toutes les vertus à la capacité de perdre, à la possibilité de supporter la perte : il est des pertes dont on se remet pas parce que l'amputation est si sévère qu'elle handicape définitivement le perdant si doué fut-il jusque là pour affronter l'adversité.

La position de la crise de mi-vie n'est pas fixe. Elle varie d'un individu à l'autre; elle varie d'une époque à l'autre. Par exemple, Balzac la situait à trente ans pour la femme au début du XIXe siècle, tandis que nous pourrions aujourd'hui la situer vers l'âge de quarante cinq ans pour la femme du début de ce millénaire. On peut admettre que le siècle prochain la retardera encore de quelques années.

Le vieillissement psychique est un mouvement multiple. Ce mouvement associe une composante de l'espèce à celle de l'individu. La composante de l'espèce ne se limite pas à la seule potentialité génétique qui serait d'après les estimations actuelles de l'ordre de 120 ans, elle s'étend aussi aux interactions que l'individu développe avec son milieu. La qualité de ces interactions a été constamment améliorée par les inventions de la culture, notamment au cours du XXe siècle. Au sein de ces interactions favorables au processus vivant, le vieillissement de l'être humain apparaît clairement comme une conquête récente de l'évolution.

Dans l'inconscient, la vie sexuelle occupe la place d'un organisateur de première grandeur, d'où la nécessité de tenter de repérer ce qu'il advient de celle-ci au cours du vieillissement.

Depuis les descriptions génétiques de Freud, on admet que le développement de l'appareil psychique de l'enfant, puis celui de l'adolescent fédère les pulsions partielles (orales, anales) sous le primat de la génitalité; en conséquence la vie sexuelle adulte était d'abord placée sous la marque génitale. Cette marque génitale se décompose en génitalité corporelle et en génitalité psychique.

Au cours du vieillissement, la génitalité corporelle diminue la première, avant la génitalité psychique. Ce décalage temporel crée un écart dans le moi du sujet vieillissant, un écart qui ébranle son narcissisme jusqu'à provoquer parfois des troubles de l'identité en particulier lorsque les performances corporelles ne sont plus au rendez-vous du désir comme elles l'étaient auparavant.

Examinée sous l'angle de la sexualité, la prématurité du vieillissement corporel par rapport au vieillissement psychique est le changement majeur qui engage l'expérience de terminaison.

L'expérience de terminaison affecte l'appareil psychique de plusieurs façons. Au cours de la jeunesse et de la vie adulte, l'illusion développementale qui entourait nos perspectives de croissance nous donnait à espérer que nous finirions bien par obtenir ce que nous désirions, si ce n'était aujourd'hui ce serait demain. Or, à mi-vie cette illusion est altérée par une nouvelle épreuve de réalité. En effet, ce qui n'a pas encore été vécu, perd

progressivement ses chances de l'être un jour. L'avenir se rétracte en peau de chagrin. Le manque commence vraiment à manquer, sans espoir de satisfaction, même différée. Jusque là on pouvait à la rigueur jongler avec la castration, faire comme si celle-ci était évitable, au moins jusqu'à un certain point. À présent, il faut vraiment vivre avec elle. Lorsque l'âge des artères se met à compter, les fantasmes installés par nature dans l'intemporalité, sont contrecarrés par une réalité de plus en plus défavorable. La toute puissance infantile perd les moyens de son ambition.

Si le désir n'a pas d'âge, les moyens de sa réalisation en ont un. Un constat sexuellement observable, mais psychiquement aussi.

Par exemple, le sujet de la cinquantaine note que sa mémoire est sensiblement moins brillante qu'avant. À y bien regarder, la mémoire au sens instrumental du terme ne semble pas seule concernée car le dommage est effectivement plus étendu. Au vocabulaire qui est moins facile à retrouver, s'ajoute l'appauvrissement insidieux du réseau associatif. La mémoire stricto sensu est simultanément affectée d'un coefficient d'appauvrissement du recrutement associatif. Cet appauvrissement associatif n'est pratiquement pas perceptible dans la vie courante où le fonctionnement opératoire de la psyché suffit à l'exécution des tâches ordinaires; en revanche, l'observateur attentif s'en aperçoit parce que ses digressions associatives, qui accompagnent habituellement l'émergence d'un thème, sont moins généreuses et moins productives qu'avant.

La clinique psychanalytique nous montre aussi que pour être universelle, *l'association libre* n'est pas une fonction également répartie. Par exemple elle est exceptionnellement riche chez les artistes et les créateurs; elle est moins riche chez des personnes très tournées vers le concret, l'argent, les activités répétitives et mécaniques.

Le vieillissement atteint la pointe évolutive de la pensée qui s'était au cours de la croissance et de la vie adulte bien dégagée de la pesanteur corporelle. Mais à nouveau, la pensée se manifeste dans un contexte de réduction du nombre de synapses. On observe que le « Soi psychique » ne peut plus compter sur les ressources corporelles d'antan; en conséquence de quoi, le « Soi psychique » se distinguer moins bien du « Soi neurologique ». À terme, le « Soi psychique » et le « Soi corporel » se rejoignent par le mouvement qui ramène la psyché vers le corps.

Cliniquement, la réduction de l'activité associative correspond à l'installation d'une porosité fonctionnelle, qui par analogie avec la réduction de la trame osseuse pourrait s'appeler ici *la psychoporose.*

À la qualité de l'activité associative, il faut ajouter l'importance de la charge de l'affect, on peut se demander ce devient la qualité du souvenir lorsque la pression de l'affect baisse comme celle d'une charge électrique. La liaison nouvelle entre affect et représentation se ferait moins bien, avec moins de solidité; la charge affective disponible pour la mémoire immédiate s'amenuise, et la capacité d'engranger de nouveaux souvenirs s'altère. A

contrario, la clinique analytique montre clairement que la relance de la charge affective par le jeu transférentiel améliore à son tour la mémoire. Une voie à exploiter plus avant.

Spontanément, le sujet vieillissant cherche à masquer la perte de recrutement associatif par l'activation de circuits déjà connus comme si l'art qu'il mettait à les utiliser — ou plutôt à les réutiliser — compensait la baisse de sa capacité créative. Au début, le sujet maquille la baisse de sa vitalité mentale par la réutilisation de son capital de connaissances; plus tard il s'engage dans la répétition.

Au fil du temps, le plaisir s'installe plus sur le versant de la répétition que sur celui de la conquête. Le rapport entre le corps plaisir et le corps érogène se modifie à son tour. Le corps plaisir renvoi à la peau, à la surface, aux sensations de l'enveloppe, quand le corps érogène est plus orienté vers la jouissance en profondeur. Avec l'âge le corps plaisir a tendance à prendre le pas sur le corps érogène.

Le vieillissement impose au Moi une nouvelle épreuve de réalité

Pour le sujet vieillissant, l'arrivée de l'irréversible sur la scène mentale associé au vécu de baisse de performances induisent un sentiment de déclin, d'engagement sur une pente de descente.

Ceux d'entre nous qui ont pris l'avion savent qu'un vol est défini dans l'esprit du pilote par un plan, en l'occurrence le plan de vol, et peut-être certains savent aussi qu'un plan de vol se décompose schématiquement en trois parties élémentaires : la pente de montée, le vol en palier puis la pente de descente. Si nous assimilons l'enfance et la jeunesse à la pente de montée, l'âge adulte au vol en palier, la pente de descente pourra représenter le temps qu'il faut pour rejoindre la planète. Rejoindre la planète le plus tard possible, c'est ce que chacun souhaite, c'est vers quoi tendent tous nos efforts. Néanmoins, dès que nous sommes en vol, une chose est sûre : nous rejoindrons toujours la planète. Toute la question consiste à savoir quand et dans quel état nous la rejoindrons.

Dans la mesure où nos vols ordinaires se passent assez peu aux commandes, mais surtout dans la position de passager, notre intervention sur les conditions du trajet se borne à des aménagements de confort, à l'art de se distraire ou à la nécessité de lutter contre l'angoisse. En pente de descente, l'homme n'est plus vraiment maître de son destin, sa biologie est plus forte que lui. L'homme redevient ce qu'il n'a en réalité jamais cessé d'être : un sujet temporaire, invité à l'invention pour trouver dans l'immédiat le plaisir qu'il perd en performance durable. En ce sens, la pente de descente pourrait se conjuguer au féminin, parce que la réussite du vieillissement psychique passerait d'abord par la capacité à relancer la passivité que chacun porte en soi, comme source de satisfaction, voir comme source de jouissance, lorsque le grand œuvre cesse d'être au premier plan pour céder la place à des entreprises moins ambitieuses, autrement plus porteuses de satisfactions renou-

velées. Personnellement, l'observation clinique conduit à supposer que l'agréable du vieillissement passerait d'abord par la capacité investir -voire à réinvestir- les satisfactions immédiates, journalières et aisément renouvelables, celles qui constituent depuis notre identification à la mère des origines, au féminin de notre bisexualité psychique.

En pente de descente, le Moi mesure combien le temps qui lui reste lui est désormais compté. Aussi accorde-t-il une valeur nouvelle à son existence : *il entre en maturité*.

Du coup le temps du vieillissement n'est plus seulement le temps du déclin si nous parvenons à opposer à l'usure du temps le sentiment d'être utile aux autres. La transmission de connaissances d'une génération à l'autre, d'un esprit à l'autre est aussi forme de vie, de liaison à mettre au crédit de la pulsion de vie, le temps d'une nouvelle approche où il s'agit devant une acceptation de la mort à venir, de développer les moyens de jouir de la vie qui reste. Contrebalancer en somme le vieillissement qui délabre, et qui fait souffrir, par un vieillissement qui enrichit, comme on déguste un grand vin de plusieurs dizaines d'années en savourant à travers l'épaisseur du temps le savoir-faire qui lui a donné naissance..

La solidarité entre les générations est une autre forme de vie affective et mentale. En aidant les personnes âgées à aménager leur vie tardive, on ne se limite pas à vivifier ces personnes par un apport extérieur -apport si précieux pour elles- on leur offre aussi la chance de recueillir leur art de vivre puisqu'elles nous font l'honneur de nous enseigner la teneur d'une vie que nous n'avons pas encore connue. Ce recueil, à son tour, nous enrichit. Quand la boucle fonctionne bien, elle dégage de nouvelles fonctions créatrices, pour les deux parties en présences, pour la vieille comme pour la jeune.

Sur le plan dynamique, le vieillissement psychique est un processus de mise en tension du Moi d'avec le Ça. Parce que le Moi sait qu'il va mourir, tandis que le Ça l'ignore, l'appareil psychique entre dans un conflit topique. Ce conflit inhérent à la seconde moitié de la vie se caractérise par une mise en tension d'un Moi qui reconnaît, au moins partiellement, son vieillissement et sa mort annoncée, avec un Ça installé par essence dans l'intemporalité. Le conflit se joue à partir du degré de reconnaissance de la finitude et du désir d'éternité, et réciproquement; il se déroule sur un fond d'épreuve de réalité constituée par une baisse de performances et une lente diminution du plaisir à vivre. C'est dire combien la solidité du Moi est ici fortement sollicitée; c'est de cette solidité — et à contrario de sa faiblesse- que dépend l'organisation de la pente psychique du vieillissement

Bien tempéré, le vieillissement psychique découle de la capacité du Moi à supporter la perte de la jeunesse et la peur de la mort sans en être mentalement paralysé. L'énergie psychique ainsi libérée est alors disponible pour investir une nouvelle aire de pertinence, de relancer une nouvelle fécondité créatrice à la mesure des moyens restants. Ce vieillissement réussi, du Moi,

consiste à abandonner des prétentions antérieures pour en investir de nouvelles, ajustées à la nouvelle situation. En un mot, le bon vieillir dépend de l'aptitude du sujet vieillissant à réélaborer un complexe de castration mis à mal par les crises tardives, où l'on voit que le passé est fortement sollicité pour affronter le présent, où l'on constate que l'infantile œuvre jusqu'au bout de la vie, où l'on observe que la qualité des deuils précoces détermine la capacité de réussir des deuils tardifs.

À l'opposé, le vieillissement psychique pathologique découle de l'incapacité du sujet à réélaborer son complexe de castration, tant que l'intéressé évolue dans un rapport à la vie où la jouissance a encore sa place.

2 L'APPAREIL PSYCHIQUE DU SUJET ÂGÉ

L'ORIGINALITÉ

Depuis la découverte de l'Inconscient par Freud, nous savons que l'appareil psychique est une spécificité. Cette spécificité ne se réduit pas à la conscience, à la culture ou à la biologie, puisqu'aucune de ces trois disciplines ne peut en rendre compte. En revanche, la psychanalyse, depuis sa découverte, a permis de progresser dans la connaissance de l'organisation de l'inconscient et de son fonctionnement.

Désormais, cette spécificité se définit par une topique, une dynamique et une économie. La topique décrit des instances. La première topique distingue la Conscience, le Préconscient et l'Inconscient (1900). La seconde topique sépare le Moi du Surmoi et du Ça (1923) sans que ces nouvelles instances ne recouvrent exactement les premières.

Entre ces instances, des conflits naissent chaque fois qu'une réalité – externe ou interne – s'oppose à la réalisation d'un désir. Aussi la vie mentale est-elle soumise à des déséquilibres répétés. De la qualité de l'organisation de l'appareil psychique dépend la restauration d'un équilibre antérieur ou l'instauration d'un nouveau. C'est pour rendre compte de ces mouvements incessants et complexes qu'on parle d'approche dynamique.

L'économie psychique tente de rendre compte des investissements affectifs, de leur force, de leur mobilité.

Au cours de l'existence, cet ensemble psychique règle la circulation des échanges entre la vie pulsionnelle et la réalité extérieure. Il cherche à satisfaire les besoins de l'instinct en accord avec les exigences des valeurs personnelles.

Au cours du vieillissement, les désirs paraissent ignorer la marque du temps au moment où le corps s'épuise et où les contraintes extérieures s'accroissent. Aussi, l'épigenèse tardive s'accomplit-elle dans le cadre d'une dépendance croissante. Ces conditions font du sujet vieillissant non seulement un adulte en voie de réduction, mais surtout un être menacé d'expropriation quand l'écoulement du temps hypothèque le futur. Par réaction, l'appareil psychique se tourne vers le présent ou vers le passé, qu'il enjolive pour agrémenter le présent.

C'est donc dans la façon de gérer le présent que des différences importantes se font jour entre les individus. Selon leur aptitude à transformer le présent en source de jouissance – aussi bien directe que sublimée –, les sujets âgés trouvent dans leur vieillesse les dernières chances offertes par la vie. Le

travail du vieillir accompli sur soi-même est le meilleur moyen disponible pour réussir encore un certain accomplissement.

L'art de réussir sa vieillesse varie selon le talent des individus et selon les ressources de leur époque. A la nôtre, il dépendra bientôt autant de l'environnement que de nous-mêmes à cause d'une longévité accrue alliée au nombre croissant de sujets âgés. Avec l'amélioration des conditions de vie, la vieillesse est déjà plus un produit du progrès social que la seule expression d'un patrimoine génétique. Encore faudrait-il que cette nouvelle vieillesse conserve assez de plaisir à vivre, trouve assez de moyens de lutte contre la souffrance, bref apporte d'assez bonnes raisons, en somme, pour qu'un homme continue d'occuper sa place plus en humain qu'en organisme biologique. La nouvelle vieillesse est à ce prix : trouver les moyens de donner à la vie tardive l'intérêt d'être encore vécue.

MÉTAPSYCHOLOGIE : LA STRUCTURE MENTALE

Le vieillissement de l'appareil psychique nécessite un examen sous divers angles : topique, dynamique et économique.

Topique

Selon les termes de la seconde topique, l'appareil psychique se décompose en Moi, Surmoi et Ça. Encore convient-il de compléter cette convention en y spécifiant la place des lignées narcissique et objectale.

La lignée narcissique se traduit par un sentiment : l'estime de soi. Le sentiment se centre principalement sur le Moi tout en entretenant commerce avec ses organisations satellites telles que Idéal du Moi, Moi Idéal, Soi, etc. Cette constellation narcissique est soumise à rude épreuve au cours du vieillissement, car comment se réinvestir soi-même lors d'un repli obligé, quand on a déjà perdu à ses propres yeux une partie de ses qualités, de sa séduction, de son attrait ?

La lignée objectale, ou capacité à investir les autres, engage aussi le Moi dans la mesure où il est simultanément sujet et objet d'amour lors des échanges avec les autres. Cette lignée se réfère aux imagos, aux objets internes tel que l'Œdipe les a façonnés.

Pour simplifier, nous ne parlerons ici que du devenir du Moi.

Face aux réajustements imposés par le vieillissement, le Moi adopte diverses positions. Ainsi, il peut être rigide, régressé ou souple.

La rigidité s'exprime par le conformisme, traduction la plus fréquente et la plus marquée de la résistance au changement. Les bonnes valeurs sont les valeurs acquises. Les nouvelles ne sont adoptées que dans la mesure où elles confortent les anciennes. Psychiquement, le sujet se comporte comme s'il

suffisait de sur-investir le connu pour dresser un rempart contre l'inconnu, l'irruption de l'inattendu. Ce qui est remarquable, c'est qu'il croit devoir se garantir contre des dangers extérieurs au moment même où des exigences pulsionnelles resurgissent. En cas d'échec, les mouvements de régression sont fréquents. Les pulsions fédérées sous le primat du génital se désintriquent. Des pulsions partielles retrouvent alors une certaine autonomie. On connaît la sensibilité à la flatterie de certains vieux messieurs, le retour d'un intérêt soutenu pour l'argent, le plaisir de la table, l'inconfort d'une hypocondrie centrée sur le fonctionnement intestinal, l'utilisation de troubles somatiques pour éviter un conflit non résolu...

Si le Moi n'est pas trop rigide, pas trop engagé dans une régression, un certain redéploiement des moyens lui reste encore possible une fois la crise dépassée. Tout dépend de son organisation mentale antérieure, de sa capacité à affronter les tensions critiques, de supporter, en somme, sa castration. Encore une fois, le rôle de l'entourage peut être déterminant, en particulier lors de régressions aiguës.

Avec le temps, cependant, on observe une baisse de la qualité de préconscience du Moi. Son recrutement associatif diminue, les nouveautés disparaissent, la vie mentale s'installe dans la répétition. Les traits de caractère s'accusent. Seuls les thèmes favoris permettent encore au sujet de rester égal à lui-même.

Les identifications remises en jeu ébranlent l'organisation de la personnalité. Certains, à ce sujet, ont même parlé de seconde crise de l'adolescence. Il est vrai qu'on voit réapparaître au cours du vieillissement des quêtes d'issues artistiques (peinture, littérature, musique, etc.), celles-là mêmes qui avaient surgi à l'adolescence pour être abandonnées à l'orée de la vie adulte. Parfois, ces résurgences conduisent à des productions réelles d'accomplissement de soi, jusque-là suspendues... On observe aussi beaucoup d'opposition de qualité presque juvénile, le même inconfort, les mêmes angoisses, les mêmes mouvements dépressifs que ceux de l'adolescence.

Comme il est bien difficile de fonder une estime de soi sur des performances uniquement passées, la qualité des sublimations fera toute la différence. Artistiques ou intellectuelles, lorsqu'elles sont de bonne qualité, elles permettent de ne pas trop dériver vers l'idéalisation de l'espace d'illusion, autre tentation narcissique.

Le Moi vieillissant est donc en nécessité de réorganisation. Il la réussit sur la base des réorganisations antérieures en fonction des moyens actuels. Ces moyens qui diminuent régulièrement avec le temps peuvent être amoindris par une surconsommation névrotique.

Dynamique

Comme les désirs n'ont pas d'âge, les conflits qu'ils suscitent durent autant que la vie. Ce n'est pas leur nature qui change, mais leur niveau d'organisation.

On peut parler de niveau névrotique, de niveau archaïque plutôt que psychotique et de niveau somatique, à condition de ne pas établir une continuité linéaire entre eux.

Le niveau névrotique est le plus familier, le plus facile à observer et à comprendre. Par exemple, à la ménopause une femme lutte contre la fin biologique de la vie génitale en sollicitant un regain d'amour de son partenaire. Si sa demande a conservé le caractère insatiable des appétits enfantins, une vive déception l'attend, quels que soient les talents de son partenaire. Ainsi peut-elle le désinvestir pour s'intéresser à un fils à qui elle donne la place du mari dans le cadre d'une relance de ses fantasmes œdipiens. En l'absence de fils, elle s'intéresse à un ami nettement plus jeune, sur le mode fragile des amours en attente de rupture. Sous l'apparence de femme libérée, existe souvent un être en risque de dépression sévère au moment de la séparation. Des hommes en perte de puissance sexuelle parviennent à accepter leur sort avec tristesse, mais si on a la curiosité de les interroger, ils pensent souvent que leur femme les trompe, même si celle-ci a dépassé les 80 ans. Fantaisie imaginaire qui rappelle à quel point l'Inconscient ignore la physiologie et la culture.

En situation critique, l'appareil psychique s'affaire à la recherche de solutions. Chaque fois que les enjeux sont importants, on assiste à une mobilisation des moyens, ce qui peut donner l'illusion d'un regain pulsionnel. En réalité, l'ampleur des moyens déployés donne surtout la mesure de la valeur de la fonction touchée. C'est à leur importance qu'on juge la valeur stratégique de la fonction atteinte. Or, parmi les humains qui subissent les outrages du temps, les sujets au narcissisme fragile comptent parmi les plus vulnérables.

Aussi la régression névrotique peut-elle s'aggraver. On peut assister au retour du sadisme par arrêt progressif du retournement de la pulsion sur soi. Le masochisme, qui avait donné lieu à un possible investissement, cède la place au cynisme, à un retour déclaré de l'analité, voire à la projection. Avec l'effacement de la génitalité, les pulsions partielles regagnent le terrain occupé autrefois. Le couple d'opposés voyeurisme-exhibitionnisme connaît un regain d'activité. Cependant, la renaissance des pulsions partielles ne se limite pas toujours à faire des sujets âgés des « pervers polymorphes ». Elle peut aussi favoriser l'éclosion de tendances artistiques porteuses de véritables sublimations.

Devant une régression massive, pas obligatoirement aiguë comme on le voit quelquefois, on peut penser à un état psychotique en raison de l'indifférence au monde extérieur, du refus de contact, d'une réticence aussi forte qu'une réticence délirante, de propos délirants et hallucinatoires. L'interrogatoire de l'entourage permet d'assurer que le sujet n'a jamais été psychotique. Il est bien exceptionnel, dans ce cas, de ne pas obtenir quelques éléments de réponse issus du registre névrotique grâce à un climat transférentiel favorable. Dès qu'on les obtient, la sortie de la régression est amorcée. Ces

régressions massives font penser à des moyens archaïques de lutter contre l'angoisse de mort. A ne pas être reconnus pour ce qu'ils sont, ils risquent de favoriser la formation d'une pseudo-démence dont le sort, à terme, serait aussi redoutable que celui d'une démence véritable.

Enfin, le lien qui attache les accidents somatiques et les événements de vie n'est rien de plus qu'une corrélation. Tant que les événements de causalité qu'il contient n'auront pas été analysés, clairement distingués, il est sage de noter que le modèle du stress est beaucoup trop pauvre pour fournir une explication suffisante. Le stress est une réaction aspécifique, indifférenciée, c'est-à-dire fortement soumise aux réactions psychiques qui l'atténuent ou l'amplifient. Le contre-investissement et le système de pare-excitation comptent au nombre de ces mécanismes psychiques. Si renforcés soient-ils par la psychanalyse ou une psychothérapie de réanimation, ils ont aussi leurs limites, au-delà desquelles les accidents somatiques se produisent. Au cours d'une évaluation, d'un travail thérapeutique, ni le patient, ni le thérapeute ne sont jamais protégés contre le réveil d'un fantasme de toute puissance. De cette difficulté-là, il faut aussi apprendre à tenir compte.

Économique

La vie durant, l'économie libidinale d'un sujet est réglée par un double commerce : le commerce objectal avec les autres et le commerce narcissique avec soi-même.

Au cours du vieillissement, le commerce narcissique est singulièrement mis à mal. La capacité du corps diminue, sa séduction s'altère, réduisant par contrecoup la qualité de l'auto-érotisme. Se plaire à soi-même devient de plus en plus difficile. La baisse de la séduction chez la femme ou de la puissance sexuelle chez l'homme, donc de leurs correspondants mentalisés, agissent dans le même sens. L'abaissement du seuil émotif accroît le sentiment de vulnérabilité du sujet vieillissant. Ce fait clinique indiscutable, qui n'a pas encore trouvé d'explication, est peut-être lié à la baisse de la qualité des contre-investissements et de celle du système de pare-excitation. Il est possible que l'expérience de cette vulnérabilité pousse instinctivement le sujet âgé vers des positions de repli, à distance du bruit et des agressions.

Comme la capacité à trouver du plaisir en soi diminue et que l'image de soi renvoyée par les autres provoque un déclassement, il est de plus en plus difficile de réunir les moyens nécessaires au rétablissement des positions antérieures. Tôt ou tard, l'expérience de la perte s'incruste. La capacité à la supporter fera toute la différence. Pour lutter contre le sentiment douloureux de déchéance, l'aptitude à forger de soi une image digne, comptant à ses propres yeux comme aux yeux des autres, est généralement la solution la plus efficace.

Ainsi, la « statue intérieure », si bien nommée par François Jacob, démontre la valeur économique de la construction d’une image aimable de soi, travaillant à la permanence de l’estime de soi : c’est une façon de réussir le passé au moment où l’avenir s’amenuise. L’aptitude à se réjouir des qualités des autres nourrit la chaleur des relations. Elle procède de l’intelligence affective, dont le degré de développement favorise l’installation et la conservation du réseau relationnel. Les gens qui ont pu développer cette qualité relationnelle, les enseignants par exemple, font souvent montre d’un réel savoir-faire à l’égard des plus jeunes. Les générations montantes sont pour eux une source d’échanges fructueux. A l’opposé, ceux qui croient devoir définitivement fonctionner comme des parents qui dictent la conduite des plus jeunes déclenchent et entretiennent des conflits de génération à peu près insolubles. En cas de nécessité d’appel aux autres, la blessure infligée par leur défaillance est à peu près insurmontable. Aussi, l’aide offerte atteint rarement son but et la situation se dégrade rapidement. A l’arrière-plan du savoir-faire, confortée par l’enseignement ou l’éducation, il y a toute la qualité de la première relation maternelle. Au fond, le mécanisme antidépresseur le plus solide à la disposition de l’être humain est bien la chance d’avoir connu une mère capable d’avoir été là au moment où il en avait besoin. Cette expérience intériorisée fonde le narcissisme. Elle offre le meilleur tremplin vers les autres ; réciproquement, elle permet, le moment venu, d’accepter d’être aidé par eux.

LE NARCISSISME

Vu sous l’angle de l’économie individuelle, le vieillissement est une mise à l’épreuve des capacités de l’être humain à s’auto-conserver; c’est une expérience de réalité pour l’aptitude à mobiliser les ressources libidinales en faveur de l’auto-conservation. En sorte que le bon vieillir c’est d’abord le fruit du travail psychique que doit effectuer le sujet vieillissant pour se garder à distance de deux écueils : d’un côté la dépression qui conduit au décrochage d’avec les investissements vivifiants, et de l’autre la suractivité défensive qui expose à des ruptures somatiques et psychiques dès que cette suractivité est alimentée par le déni de la castration.

Vieillir c’est se conserver. Seulement voilà, comment peut-on se conserver si on s’aime moins, voire quand on ne s’aime plus?

Le narcissisme sain est le meilleur gardien de la vie au moment où s’engage et se poursuit l’aventure de la seconde moitié de la vie. Ce constat génère un certain nombre de questions: quelle est la nature intime de ce gardien de la vie? Comment peut-on le repérer cliniquement? Comment suivre son destin tardif de façon à l’accompagner, à le favoriser par des interventions

psychiques bien ajustées ? Et finalement, comment le distinguer clairement du narcissisme pathologique ?

Freud distingue le narcissisme primaire du narcissisme secondaire. Il sera question ici de *narcissisme secondaire* parce que c'est le seul qui soit vraiment accessible en clinique usuelle.

Le narcissisme sain, au cours de la vie adulte, repose sur l'existence de plusieurs mouvements dont quatre majeurs. Ces quatre mouvements sont l'investissement d'objet, le retour sur investissement sous la forme d'amour apporté par l'objet, l'économie de la vie sexuelle et la sublimation.

L'investissement d'objet alimente quotidiennement la balance énergétique. Entre le sujet et l'objet circule une libido que Freud lui-même sépare en libido du Moi et en libido d'Objet. Mais ces deux formes de libido sont si dépendantes l'une de l'autre que le mouvement de l'une entraîne aussitôt le mouvement de l'autre : par exemple, plus l'une se développe plus l'autre s'appauvrit. Ainsi dans l'état amoureux l'objet qui est fait dépositaire de l'Idéal du Moi, reliquaire de la partie la plus précieuse de soi-même redore le blason du Moi. Tandis que dans l'état mélancolique l'ombre de l'objet qui se porte sur le Moi tire le Moi par le fond pour l'engloutir avec lui. Entre les deux, de façon moins radicale, la navette libidinale entre le Moi et l'objet réalimente constamment les niveaux narcissiques.

Au cours de ces mouvements d'investissement d'objet et d'investissement de soi, *les identifications* déterminent le choix de l'objet. Et dans la mesure où elles canalisent le choix de l'objet, elles conditionnent aussi le retour libidinal sur le Moi, donc l'alimentation du narcissisme.

Le retour sur investissement de l'objet d'amour se fait sous formes des infinies marques d'attachement propres à chaque relation affective. Ces marques constituent autant d'aliments nécessaires au métabolisme du narcissisme sain. Au cœur de ce réseau d'interactions réelles et fantasmatiques, tant que le niveau des échanges est suffisamment bon, le narcissisme sain se situe à un niveau acceptable.

En cas d'arrêt brutal des échanges avec l'objet, lors d'un accident de vie par exemple, ou à la suite d'une séparation, le sujet est exposé au risque d'une hémorragie narcissique plus ou moins difficile à coaguler. On constate que la lésion narcissique déstabilise la balance énergétique. L'avenir libidinal du sujet blessé dépend alors de sa capacité à réussir un deuil, c'est-à-dire à stopper l'hémorragie narcissique qui menace son existence.

Parmi les mouvements réparateurs, l'orgasme est le meilleur reconstituant du sentiment d'exister en particulier quand il s'agit de compenser un certain déficit corporel.

La sublimation, enfin, par la création qu'elle permet de réaliser, réalimente efficacement le narcissisme sain. Au cours du vieillissement, la création relance la toute puissance comme source de jubilation. De sorte que se créer, même au cours du grand âge c'est toujours se recréer dans la satisfaction.

Tant que le Moi peut compter sur ces quatre sources, le narcissisme sain est maintenu au mieux de ses possibilités. En revanche, si l'un d'eux ou plusieurs ensemble viennent à manquer, passagèrement ou durablement, le Moi souffre d'un déficit de l'estime de soi. C'est dire combien l'érosion inéluctable que l'écoulement du temps fait subir au narcissisme sain peut à tout moment s'aggraver par une perte accidentelle. Les hémorragies de l'accident s'ajoutent alors à l'anémie chronique du vieillissement.

À ce constat il faut en ajouter un autre: le narcissisme sain est alimenté par des spirales interactives qui peuvent toujours se négativer au cours du vieillissement. Deux spirales sont essentielles: d'un côté la relation de Soi à Soi, ou si l'on préfère du Moi à l'Idéal du Moi, et de l'autre la relation de Soi à Autrui, ou si l'on préfère du Moi à autrui.

Toutes les personnes vieillissantes vous le disent un jour ou l'autre : « Je ne suis plus moi », sous entendu « Je ne me reconnais plus dans le moi d'aujourd'hui, le moi d'aujourd'hui me rappelle tous les jours que je ne suis plus le moi d'avant ».

Le Moi devant l'Idéal du Moi se juge moins aimable, moins séduisant, moins performant.

Le Moi est moins aimable à ses propres yeux parce que l'enveloppe corporelle qui soutient l'image de soi perd les attraits de la jeunesse. Freud avait très bien vu que l'origine du Moi est une surface corporelle, la « projection d'une surface » précisait-il; ce qui est vrai pour la croissance l'est aussi pour le vieillissement. Les femmes savent çà mieux que les hommes, comment la peau anatomique entretient des liens constants avec la peau psychique.

Aussi au cours du vieillissement, un Idéal du Moi tyrannique expose sérieusement le sujet au risque de dépression narcissique.

En outre, si par malheur ajouté au déficit narcissique, le Surmoi provoque une culpabilité qui attaque les bons objets internes, le Moi qui était déjà moins aimable à ses propres yeux, s'expose en plus à une dépression par carence objectale. Dans le cadre de relation de soi à soi, on observe sans peine qu'en vieillissant, on est moins séduisant c'est -à-dire qu'on devient de moins en moins capable de provoquer l'amour d'objet.

De son côté, la balance du commerce extérieur du Moi est exposée au risque du déficit chronique.

Les pertes professionnelles, notamment au moment de la cessation d'activité, peuvent entraîner une carence sévère dont l'intéressé ne se remet pas. Le taux de mortalité au cours de la première année de la retraite est un exemple qui pour être connu n'est toujours pas surmonté pour une fraction importante de la population.

Les pertes relationnelles font du sujet vieillissant un être en voie d'isolement. En climat d'isolement, le Moi est vite tenté de se recentrer sur ses objets internes. Dès qu'il cède le pas à la récentration, il accélère le repli de la libido sur lui-même. Les conséquences de ce repli libidinal sont souvent désastreuses. On les observe sous la forme d'une hypertrophie du

Moi avec le développement d'une susceptibilité à fleur de peau, d'une baisse des sublimations si précieuses pour réalimenter le narcissisme sain, d'une régression anale caractérisée par un contrôle accru sur les êtres et sur les choses, par une tendance à la rétention, et aussi par une soif d'honneurs et de titres socialement avantageux.

La clinique est à l'image de cette involution qui fait le lit du narcissisme de défense, qui déstabilise les structures narcissiques, et qui verrouille les dysharmonies anciennes. Le narcissisme de défense s'observe à partir de la simple hypertrophie du Moi, plus ou moins passagère, jusqu'à la constitution d'un repli narcissique chronique.

La stimulation du narcissisme commence avec la vie relationnelle, dès les premières interactions avec la mère, elle se développe dans la famille où elle est relayée par la culture. Cette activation alimente nos légitimes sentiments de fierté et de dignité. Toutes les familles valorisent le Moi qui grandit en intériorisant la règle ne serait-ce que pour faire passer aux enfants la pilule de la castration, pour réduire la frustration infligée par les renoncements nécessaires à la vie en société. Cette valorisation du Moi peut d'ailleurs provoquer un réel degré d'hypertrophie, lorsque par exemple le fait de tant souligner le sentiment d'appartenance à un clan génère, à terme, la surestimation des capacités du clan ainsi que celles de ses membres. La tendance au repli sur soi dès que nous sommes confronté à un vécu de perte est donc une vieille affaire, entretenue au cours de la croissance et de l'existence par de multiples renforçateurs psychiques et culturels. À ceci près que le repli stratégique momentanément réducteur de tensions, n'est pas à terme sans inconvénients.

Le vieillissement déstabilise le narcissisme en détériorant la composante aimable de soi même. Mais une certaine remise en place du narcissisme peut encore être obtenue par le jeu d'un processus transférentiel, par le fait que l'analyste contienne une agressivité destructrice, par la reprise évolutive d'une structure narcissique bâtie en deça de l'altérité, ou plus modestement par le seul jeu de l'investissement contra-phobique. Mais le plus remarquable est que le jeu transférentiel conserve toute sa puissance renarcissisante en dépit de l'avancée en âge; c'est la première leçon de la clinique.

DÉPRESSIVITÉ ET MÉCANISMES ANTIDÉPRESSEURS

« L'humeur normale, écrit Winnicott, est légèrement dépressive, sauf pendant les vacances ». Comme l'inactivité d'un retraité n'est pas tout à fait assimilable à celle des vacances, on peut supposer qu'il est plutôt dépressif ou menacé de l'être, qu'il lutte contre cette dépression réactivée périodiquement par la réalité de la perte.

La perte

En allant de la périphérie vers le centre de la personnalité, on peut distinguer successivement la perte d'objet, la perte de fonction et la perte de soi.

La perte d'objet impose le travail de deuil à l'activité psychique que le sujet doit mobiliser pour se séparer de l'objet perdu. Cette activité consiste à lier entre elles les traces du disparu pour lutter contre la douleur et se séparer du mort. Il faut d'abord enterrer le mort en soi-même. Ce travail psychique est souvent plus difficile à accomplir pour un sujet âgé, dont la baisse de qualité des liaisons mentales, associée à la profondeur de l'inscription dans le Moi de l'image d'un conjoint, avec lequel on a partagé 40 ou 50 ans de son existence, joue beaucoup plus que l'accumulation des pertes, à laquelle une lecture culturaliste et événementielle fait d'abord référence. Le degré d'investissement de l'objet l'emporte largement sur le nombre d'objets investis.

La baisse de capacité de liaison est souvent installée à bas bruit quand le deuil survient. Lorsque l'insuffisance fonctionnelle déjà présente décompense sous l'effet du choc, c'est le latent qui est rendu manifeste. La profondeur de pénétration de l'image de l'autre en soi est rarement consciente, tant elle s'est installée sur le mode de la mise en latence. Et cela si profondément qu'au départ de l'autre, c'est une partie de soi qui s'en va. Il s'agit probablement moins d'identification projective que d'introjection d'une interaction ancienne, répétée, intime, où les protagonistes s'empruntent réciproquement des modes de pensée, des façons d'être. Le phénomène s'observe aussi bien dans une relation sadomasochique que dans une relation génitale. Mais peut-être est-il plus accentué dans cette dernière.

La perte de fonction concerne plus étroitement le registre de la pulsion, qui se subdivise en pulsions d'autoconservation et en pulsions sexuelles. Classiquement, on admet que les premières étayent les secondes. En relation avec la baisse d'efficacité du corps propre, l'appareil psychique du sujet âgé est d'abord un appareil qui s'économise. Sur le plan sexuel, il est obligé de relancer l'élaboration de son complexe de castration, travail difficile pour un sujet à forte composante narcissique, car « il est douloureusement envieux de lui-même, de ce qu'il a eu, de ce qu'il a été ». Lorsque cette élaboration est barrée, il est précieux pour un sujet en difficulté de pouvoir compter sur une psychothérapie.

Le Soi est l'image introjectée du narcissisme, par opposition aux imagos, qui représentent l'introjection des objets successivement investis. La perte du Soi relève de l'identification à sa propre perte. Certains parlent à ce propos de dépression de préparation pour désigner le mouvement de deuil de soi, connu par anticipation de la mort et qui correspond au chagrin provoqué par l'idée d'avoir à quitter la vie. Au-delà du Moi conscient, il existe aussi le désir du sujet à se lancer dans une expérience ultime, pour laquelle la présence d'un objet réel est le plus souvent nécessaire.

La perte du Soi diffère selon qu'elle s'inscrit dans un appareil psychique encore intact ou dans un appareil déjà détérioré. Un appareil psychique qui a perdu une partie de ses capacités de penser a déjà fait l'expérience de la mort, d'une certaine façon. Or, curieusement, tous ne se dépriment pas. Certains amputés intellectuels souffrent douloureusement et se dépriment, en particulier au début d'une démence, d'autres pas. On aimerait bien savoir pourquoi. Parfois un examen attentif permet de déceler une discrète euphorie paradoxale. Mais généralement l'indifférence domine. Il existe différentes formes de démences, sur lesquelles l'organisation de la personnalité antérieure détermine la trajectoire psychique d'une démence. Dans ce domaine, la nature des réactions affectives à la perte constitue à elle seule l'objet de tout un chapitre de la pathologie.

Les réactions affectives

La colère, les griefs, l'hostilité, la jalousie, l'envie, l'ambivalence sont monnaie courante, tant il est vrai qu'en psychogériatrie le pulsionnel peut aussi se manifester de façon régressive, donc selon une composante anale ou orale. Face aux plus jeunes, le vampirisme est connu, comme s'il suffisait de les cannibaliser pour reconstituer un stock énergétique.

Quand on s'engage dans un travail relationnel avec un patient âgé, il faut savoir qu'on s'expose à des moments d'hostilité. Si elle n'est pas exprimée directement, elle revient de façon latérale sous forme de demande caractérielle ou hypocondriaque. C'est qu'il est bien difficile aux humains que nous sommes d'accepter l'idée de la mort, sans mobiliser dans notre Inconscient la peur d'être tué, expression ancienne, mais vivace, de la loi du talion. Tout le travail thérapeutique consiste alors à rendre possible au sujet en difficulté le passage d'un système de représentations à un autre, l'abandon d'une vieille rétorsion œdipienne au profit de l'investissement d'une donnée universelle. Mourir, c'est moins être tué que d'avoir à partir, mouvement plus facile à décrire qu'à réaliser pour soi. Les sociétés, dans leur sagesse, ont inventé des rituels. Mais ces rituels aident souvent beaucoup plus l'entourage devant la mort que le mourant devant son angoisse.

Il en est de même pour toutes les morts partielles qui précèdent l'ultime. La capacité à restaurer une image de soi dépend d'objets internes très investis et de la qualité d'un commerce affectif avec un tiers. Celui-ci fonctionne alors comme un Moi auxiliaire. Encore faut-il que ce Moi auxiliaire se contrôle assez pour ne pas prendre la place du Moi principal. Un travail sur le contre-transfert s'impose.

L'essentiel des mécanismes antidépresseurs est contenu dans la qualité du commerce maternel introjecté. Une démente de 80 ans raconte le souvenir d'une envie de se suicider le jour où elle a dû affronter un mauvais classement à l'école, elle qui était toujours dans les premières. Elle s'en souvient

précisément au moment où ses facultés déclinent, ce qui l'éprouve beaucoup. Se retrouve-t-elle alors mauvaise élève, avec les mêmes angoisses face à une mère exigeante ? Sans doute. Mais la mauvaise est aussitôt compensée par la bonne sous la forme d'une petite fille gentiment accueillie par une mère venue ce jour-là la chercher à la sortie de l'école. Derrière l'allégorie du souvenir-écran, il y a toute la solidité du montage précoce qui permet d'affronter les difficultés de la vie, y compris les plus tardives. Cette mère-là, cette mère interne, fonctionne comme un refuge où il est encore possible de panser ses blessures. La bonne compense la mauvaise.
Les sublimations font partie des mécanismes antidépresseurs efficaces. Parmi eux, l'humour est probablement la forme de plaisir la plus précieuse, parce que la plus économique.

LA SOLUTION SUBLIMATOIRE

La solution sublimatoire est de première importance au cours du vieillissement psychique parce c'est le meilleur moyen de lutte contre la dépression.

Le modèle métapsychologique

Au sujet du mouvement sublimatoire, Freud distingue trois temps :
1) Le Moi retrouve en lui-même l'objet sexuel auquel pour une raison quelconque le Ça avait été obligé de renoncer « *il se peut ajoute Freud, que par cette introjection, qui représente une sorte de régression vers le mécanisme de la phase orale, le Moi rende plus facile ou possible le renoncement à l'objet* ».
2) La transformation à laquelle nous assistons de l'attitude libidineuse à l'égard de l'objet en une libido narcissique, implique évidemment le renoncement aux buts purement sexuels.
3) Le mouvement de la libido qui consiste à désinvestir l'objet pour réinvestir le Moi, est le mouvement constitutif du narcissisme secondaire. Au cours du vieillissement, l'accumulation des pertes attaque le narcissisme secondaire.
Freud estime que ce retour libidinal constitue l'essentiel de l'étape mystérieuse de la sublimation. Du moins pour son aspect économique, car Freud reste muet sur le chapitre suivant, celui de la transformation de l'énergie libidinale en œuvre d'art.

Le cours du vieillissement

Le vieillissement psychique est un mouvement complexe qui ne se livre pas facilement à la compréhension. Néanmoins on peut y distinguer certaines composantes.

Son début est imprécis. Par convention, on peut marquer son début par la crise du milieu de la vie.

Sexuellement, le développement de l'appareil psychique de l'enfant, puis celui de l'adolescent fédèrent les pulsions partielles sous le primat de la génitalité. En sorte qu'une vie sexuelle d'adulte accompli est d'abord placée sous la marque génitale. Au cours du vieillissement, la génitalité corporelle diminue avant la génitalité psychique, qui crée un écart dans le Moi du sujet vieillissant, un écart qui ébranle son narcissisme jusqu'à provoquer parfois des troubles de l'identité. C'est l'association du vieillissement de la génitalité corporelle avec l'expérience de finitude qui engagent l'expérience de terminaison.

Au cours de la jeunesse et de la vie adulte, l'illusion développementale qui entoure nos perspectives de croissance nous donne à espérer que nous finirons bien par obtenir ce que nous désirons, si ce n'est aujourd'hui ce sera pour demain. Mais à mi-vie, l'illusion portant sur le lendemain commence à manquer de perspective.

L'inconscient est en dehors du temps : pas de début identifié, pas de fin représentable. C'est le Moi qui rencontre le temps, malgré lui, et qui développe à son contact l'interface d'échange avec l'extérieur que nous appelons le Moi-réalité. Tandis que dans l'inconscient, le désir a toutes libertés de faire comme si la vie était sans durée.

Sur le plan topique, le vieillissement psychique correspond à la mise en tension du Moi avec le Ça, puisque le Moi sait, que le Ça ignore. Le Ça avalise toutes les constructions, au point de faire mentir le Moi à son tour, ne serait-ce que par le jeu de la dénégation.

En cas de culpabilité névrotique, de réactivation d'un conflit œdipien insuffisamment liquidé, le Surmoi alourdit la tâche du Moi en lui faisant vivre sa faiblesse et sa disparition comme un châtiment. À ce Moi coupable, la mort apparaît alors comme une punition : le retournement tardif de la loi du talion. Du coup au malheur humain s'ajoute une dernière misère névrotique.

Vu sous l'angle de la pression pulsionnelle, l'appareil psychique est remanié dans l'ordre inverse de celui de l'adolescence. Au cours de l'adolescence, le Moi juvénile est facilement déstabilisé par la montée en puissance des instincts, notamment sexuels. Au cours du vieillissement, le Moi sénescent dispose des acquisitions de son développement adulte pour opposer son contre-pouvoir aux instincts, eux-mêmes en diminution. Sûr de lui, moins talonné par des instincts qui s'assagissent, le Moi se pose alors en sénateur maître de ses passions. Grâce à la baisse de la pression pulsionnelle, le Moi est débarrassé de ce qui l'avait autrefois tourmenté. Maîtrise appréciable, mais dont la stabilité relative peut toujours décompenser.

Éros qui cesse d'être alimenté par l'amour d'autrui, se replie sur l'amour de soi. Il puise son énergie créatrice dans la relance d'un fantasme d'éternité.

Le processus sublimatoire

La sublimation est sous la dépendance des pulsions partielles; la pression des pulsions partielles fournit l'énergie nécessaire à la transformation sublimatoire. Une fois fédérées sous le primat de la génitalité, sont-elles encore disponibles pour l'issue sublimatoire? Théoriquement non puisque toutes placées au service de la génitalité; pourtant certaines le sont encore parce que, en fait, leur fédération n'est jamais complète. Si bien que restées indépendantes, elles sont encore disponibles pour l'issue sublimatoire.

À l'absence de fédération complète des pulsions partielles, s'ajoute une relative désintrication des pulsions qui signe la limite temporelle du primat génital au cours du vieillissement. « *C'est un fait connu, écrit Freud (1913) et qui a donné aux hommes ample matière à récrimination, que souvent le caractère des femmes s'altère singulièrement une fois qu'elles ont renoncé à leur fonction génitale. Elles deviennent querelleuses, tracassières et ergoteuses, mesquines et avares… ce changement de caractère correspond à la régression de la vie sexuelle au stade de l'érotisme anal. Ce stade anal ne serait donc pas seulement l'avant-coureur de la phase génitale : assez souvent,* ***il en prendrait la suite et le relais,*** *une fois accomplie la fonction des organes génitaux* ». Au delà du fait que Freud montre à quel point sa métapsychologie du féminin est à l'époque posée sur des bases biologiques et culturelles, ce qui mériterait à soi seul tout un débat, nous voyons émerger chez lui l'idée que la génitalité n'est pas nécessairement une acquisition définitive de l'épigenèse. Si l'analité fait retour, est-elle réutilisable par la sublimation? Elle semble l'être, en effet, ne serait-ce que pour ces hystériques qui se découvrent après la quarantaine un vif intérêt pour la brocante.

La sublimation au cours du vieillissement passe aussi par un changement de but, à ceci près que le retour de l'analité est tout de même revisité par le souvenir de la génitalité.

La sublimation est alors le meilleur moyen de lutte contre la castration; quand elle défaille, la relance de la projection lui succède comme si la solution délirante était une néo-création par défaut de création. La sublimation quand elle fonctionne bien permet de revitaliser le narcissisme sain, d'atténuer la douleur provoquée par la discontinuité. Le sujet prend en main la création de sa vie; le gain apporté par l'œuvre à accomplir permet de contrebalancer à ses yeux l'anémie narcissique qui le fait souffrir.

La castration du vieillard ne se limite pas à la réactivation du fantasme infantile puisqu'elle s'aggrave d'une coupure absolue imposée par la réalité du déclin et de la mort. Face à cette réalité sévère, deux voies restent néanmoins possibles pour le psychisme :

– celle de la sublimation intellectuelle et artistique où l'analité à son rôle à jouer, d'une analité placée au service de la combativité bien plus qu'à celui de la rétention;

– celle de la sublimation affective, sous forme de tendresse et d'amitié puisque la composante tendre apporte encore une satisfaction appréciable lorsque la satisfaction corporelle est perdue.

LES MÉCANISMES DE DÉFENSE

La souplesse et la diversité des mécanismes de défenses permettent au Moi de tenir en respect les désirs exprimés par le çà. Ces désirs restent clairement de nature sexuelle. Face à ces désirs « natifs », les défenses apportent au Moi le moyen de les contenir, de les accueillir agréablement dans la conscience, de faire en sorte qu'une irruption trop violente ne vienne pas tout perturber sur la scène mentale. Dans la partie pré-consciente du Moi, la qualité du travail psychique dépend de la vitalité du recrutement associatif; au cours du vieillissement celui-ci s'amenuise. Il est progressivement remplacé par une répétition à moindre valeur créative. Les idées, les souvenirs, les images portent souvent la marque du déjà dit. Une certaine habitude du jeu de l'esprit et du travail intellectuel permet, toutefois, de conserver un attrait aux thèmes favoris.

Les fantaisies sexuelles y sont toujours présentes mais difficilement exposées si l'observateur n'arrive pas à réduire son attitude œdipienne face aux patients plus âgés que lui.

Enfant, il a pensé que, si à la rigueur les adultes pouvaient se laisser aller à copuler, ses parents se l'interdisaient; autrement dit il construisait une solide barrière entre les générations. Les apports ultérieurs de la pensée rationnelle, de la logique et du raisonnement ont du mal à combattre ces anciennes convictions défensives. Par exemple, un philosophe fameux est interrogé sur sa conception enfantine de l'origine de humains répond, un jour, sur un plateau de télévision : « *Quand je découvris comment les bébés venaient au monde, je ne pouvais pas le croire. Penser que ma mère et mon père avaient pu faire une chose pareille* ! » Ce souvenir qui le laissait encore si hésitant lui fit ajouter : « *…Mon père peut-être, mais ma mère jamais!* ». On mesure à la faveur de cette déclaration enfantine — qui reste d'une fraîcheur toute enfantine malgré l'âge civil de son auteur- les différences de pression du refoulement, ajustées aux affections que cet homme, enfant, et plus tard adulte avait porté à chacun de ses parents. Dans la psyché, le lien le plus protégé est le lien le plus fort.

Aussi lorsque nous supposons que les vieilles dames très dignes ne nourrissent plus de fantaisies sexuelles, spécialement avec le personnage du thérapeute, n'aurions nous pas tendance à refuser l'idée que notre mère a aussi une vie sexuelle? Or, le Moi vieillissant conserve une vie fantasmatique jusqu'au bout. Grâce à elle nous pouvons relancer, au cours de la seconde

moitié de la vie et parfois jusqu'au grand âge, des travaux psychiques qui ne sont pas des simulacres

Pour affronter l'expression actuelle des désirs infantiles auxquels il est soumis malgré l'âge, le Moi n'a pas d'autre choix que de mobiliser ses défenses. Ces défenses sont classiquement distinguées en génitales, prégénitales et narcissiques.

Les défenses contre la pulsion

Les défenses génitales

Le refoulement et la dénégation compte au nombre de ces défenses les plus différenciées.

❒ Le refoulement

Il consiste à chasser de la conscience, du moi-conscient les représentations insupportables; on dit qu'elles sont refoulées dans l'inconscient pour marquer qu'elles ne sont ni effacées ni détruites. Le moi vieillissant use spontanément du refoulement pour écarter le rappel de déclin et de la mort qui n'aurait pas été assez élaboré pour être supportable. Avec le temps on peut observer un affaiblissement partiel de son efficacité en rapport avec une diminution de la pression refoulante du Moi. Banalement cette réduction de la pression refoulante peut s'observer chez des vieilles dames dont l'abaissement des censures libère tout à coup le langage. Des formules crues, des expressions osées peuvent jaillir indépendamment de tout état de détérioration en créant un réel effet de surprise, voire de situation comique comme une motion inconsciente qui traverserait plus facilement le préconscient.

❒ La dénégation

La dénégation consiste à faire comme si une pensée n'existait pas en nous, alors même qu'elle est présente ou qu'elle a été présente dans notre esprit. Quand elle émerge, elle n'est même pas reconnue comme nôtre. On croit n'y avoir pas pensé. En fait, cette conviction n'est souvent que le signal du moment où une idée inconsciente commence à émerger. La plupart des sujets très âgés disent qu'ils ne pensent pas à la mort, qu'ils ne se projettent plus dans l'avenir. Plus modestement, ils n'envisagent même plus la moindre modification à leur situation présente. Il s'agit moins d'une amputation de l'imagination que d'une occultation d'une partie entière de la pensée. C'est une façon de placer la tête sous l'oreiller pour ne pas voir de quoi les fantasmes sont faits, car il s'agit bien d'une difficulté à supporter les fantasmes. Ne pas prendre en considération qu'un enfant peut mourir, parce que le mouvement contre-œdipien est resté trop fortement conflictuel, par exemple. Mais aussi ne pas aménager la survie de ses proches, remettre

sans cesse à plus tard la nécessaire organisation des biens, ne pas accepter de préparer son admission en maison de retraite, comme un recours utile et comme une issue à la fois imaginaire et réelle, alors même qu'on vit seul, à la merci d'un accident ou d'une maladie.

Ces mouvements de défense tardifs sont à la fois conscients et inconscients. Ils peuvent être névrotiques au point de s'opposer farouchement à toute amorce de solution. Seul l'aspect intellectuel de la défense passe alors à la conscience. L'essentiel du mouvement reste refoulé. On les observe dans les névroses obsessionnelles construites pour lutter contre tout ce qui prend forme de plaisir à vivre et tout ce qui rappelle l'écoulement du temps. Au mieux, s'agit-il de s'enfermer seul dans une pièce transformée en cabinet de ruminations, de rites et de conjurations du sort, moyens de lutte bien dérisoires contre l'angoisse montante, cette angoisse des âges oubliés soudain réactivée.

Dans les névroses d'organisation plus souple, où l'agressivité est moins intense, les dénégations sont également fréquentes, pour ne pas dire constantes. Tout se joue autour de la signification affective attribuée à la vieillesse et à la mort : partir est-il ressenti comme le fait d'être tué ou comme la nécessité d'avoir à quitter la vie selon une loi de la nature ? Selon le statut des vieilles pensées hostiles, se joue le destin de la vie mentale tardive, en particulier au moment des choix vitaux.

On rencontre donc ces mouvements en clinique. Il convient de s'habituer à les reconnaître, à les prendre pour ce qu'ils sont : une défense contre les fantasmes œdipiens, une défense coûteuse et peu efficace.

Refoulement et dénégation sont généralement mobilisés pour lutter contre un fantasme œdipien : si on doit mourir c'est qu'une faute a été commise. Tout se passe alors pour l'Inconscient comme si la mort était un châtiment infligé pour cause de meurtre. Si le père est mort c'est qu'il a été tué, au lieu de s'éteindre de mort naturelle. Dans cette configuration, une mort annoncée revêt la forme d'un retour expiatoire, d'un châtiment que le « coupable » tardif, cherche à écarter comme si la version écrite dans l'enfance avait conservé toute sa force organisatrice, son éclat vengeur. Dès que la prégnance de l'Œdipe est identifiée, le travail du psychothérapeute consiste à faire reconnaître que si nous devons un jour quitter la vie ce n'est pas parce qu'un crime aurait été commis mais parce que la mort est la fin de toute chose (King, 1974).

Les défenses prégénitales

Les plus fréquemment observées sont la projection et la relance de la pulsion d'emprise.

❒ La projection

Elle correspond à la réactualisation du premier temps du stade anal décrit par Abraham. À l'époque anale, l'enfant tente de se défaire de la mauvaise

partie de lui-même en l'expulsant, en se comportant comme si cette mauvaise partie pouvait être déposée chez quelqu'un d'autre. Le second temps du stade anal atténue la projection parce que la psyché s'organise autour du plaisir à contenir, tant les bons aspects de l'objet que les moins bons. Au cours du vieillissement, la capacité contenante de ce second temps de l'analité peut se désorganiser transitoirement ou durablement, ouvrant alors la porte à une reprise de la projection.

La projection présente l'avantage d'être un moyen de lutte contre la perte, en cas de deuil impossible, ou de deuil mal fait, donc finalement un moyen de lutte contre la dépression. Mais cet avantage fonctionne au prix d'un gros inconvénient car la projection bloque la sublimation. Pour que la sublimation soit à nouveau débloquée, il faut que le travail de deuil soit relancé, au besoin par une psychothérapie.

À ces deux défenses majeures, on peut en rapprocher deux autres : la valeur défensive de la pulsion d'emprise et des mouvements régressifs.

❒ La pulsion d'emprise

La relance de *la pulsion d'emprise*, elle aussi contemporaine du stade anal, s'exprime mentalement par une farouche résistance au changement ainsi que par le désir de s'approprier l'objet comme si le fait de s'y agripper était censé apaiser les angoisses d'abandon.

❒ Les mouvements régressifs

On peut leur associer les *mouvements régressifs* de caractère économique. Ces mouvements visent à retrouver momentanément ou durablement un plaisir à fonctionner par la relance d'une fixation. Un fixation réussie -orale, anale, narcissique- qui « tient » bien offre à une économie individuelle en souffrance une base de réorganisation que le thérapeute a intérêt à reconnaître et à protéger. Il s'agit moins d'un mécanisme de défense du Moi qu'un cheminement rétro-génétique. Le sujet malade recherche un plaisir qui compte pour lui afin de contrebalancer la frustration infligée par une difficulté sérieuse.

Les défenses narcissiques

Au cours de la second moitié de la vie les pathologies du narcissisme ne sont pas seulement le fait des structures narcissiques bien que celles-ci soient les premières menacées; ces pathologies sont aussi la conséquence d'un mouvement qui conduit peu ou prou le sujet vieillissant vers une repli narcissique obligé. Parce que sa potentialité relationnelle fléchit, le sujet vieillissant n'a pas d'autre choix que d'opérer un repli sur soi, d'offrir un jour au Ça un objet à aimer qui ne serait pas quelqu'un d'autre que soi-même. Ce mouvement de repli vise à lutter contre la crainte d'une dépendance croissante à l'égard des autres.

Comme le sujet vieillissant sent son autonomie menacée, il vit de plus en plus mal sa dépendance à l'égard d'autrui. Ses réactions d'exaspération et de dépression sont souvent déclenchées par des causes minimes. En raison d'une vulnérabilité croissante, il se montre susceptible, colérique, exigeant. Parce qu'il doute de lui-même il recherche l'approbation des autres tout en la minimisant. Le noyau de caractère refait surface pour tyranniser l'entourage.

À proprement parler, les défenses narcissiques sont de deux types : l'idéalisation et la dévaluation.

❒ L'idéalisation

L'idéalisation pare l'objet élu de qualités exceptionnelles, de grande puissance, de capacités bien au dessus de la moyenne comme si cette exagération visait à contenir le désir inconscient d'attaquer violemment ce même objet. L'idéalisation, en somme, est à la mesure de l'ambivalence nourrie contre quelqu'un, de l'envie qui se manifeste à l'égard des vertus supposées de l'objet aimé. Cette idéalisation est relayée par une problématique œdipienne.

❒ La dévaluation

La dévaluation est le symétrique inverse de l'idéalisation (Kohut, 1978). Le sujet en rupture de lien avec l'objet brûle aujourd'hui ce qu'il adorait hier, à preuve si besoin était que les adorations ont aussi une durée de vie, d'autant plus brèves semble-t-il qu'il leur est arrivé de gravir des sommets.

Les défenses contre la réalité extérieure

Le déni

Le déni est une défense contre la réalité extérieure, particularité qui a poussé Freud à le considérer comme psychotique. C'est le refus de reconnaître une perception. En fait, si le déni est psychotique dans son essence, il ne signe pas obligatoirement l'existence d'une personnalité psychotique.

Au cours du vieillissement, c'est au sujet du corps que le déni fonctionne le plus souvent. Pour l'appareil psychique, le corps est de l'ordre de l'extérieur, d'un ordre extérieur à lui. Aussi les dénis portent-ils aisément sur le déclin des fonctions ou des aptitudes. On fait comme si on n'était pas sourd pour continuer à conduire sa voiture, malgré les risques auxquels on s'expose. On ignore la circulation automobile pour traverser la rue sans attendre. On se barricade contre les voleurs, mais on laisse une fenêtre ouverte pour le chat. Le clivage entre le bon et le mauvais se rigidifie. Le cloisonnement mental se renforce. Ce qui est perçu est aussitôt rejeté. On ne vit plus qu'avec une partie de soi-même. L'amputation de la réalité n'éloigne pas seulement de la réalité, elle conduit à l'ignorance de toute une partie de soi.

La régression

Lorsque la défense contre la réalité psychique (dénégation) et la défense contre la réalité extérieure (déni) sont débordées par des forces supérieures, le sujet en difficulté peut chercher une position de repli dans la régression. On a déjà parlé des niveaux d'organisation de la régression (névrotiques, psychotiques ou somatiques). Ils sont habituellement prédéterminés par la qualité antérieure des fixations.

Cependant, le sujet âgé montre plus que l'adulte une capacité à régresser très vite et très loin. En cas d'arrêt de la mentalisation, comme à la suite d'un accident vasculaire cérébral, même limité, le malade cherche souvent des qualités premières comme la chaleur d'un lit, le silence, la pénombre, où il renoue avec une jouissance primitive : celle de la tranquillité à fonctionner à l'abri du monde. Bien entendu, ce mouvement peut masquer une composante dépressive qu'on aurait tort d'ignorer et de ne pas traiter. Mais il faut savoir que ces mouvements régressifs représentent aussi quelque chose de salutaire, de réparateur, quelque chose comme la quête d'un tremplin pour repartir d'un bon pied. Toute la difficulté consiste à évaluer correctement la composante positive de ce mouvement de repli pour la protéger d'abord, pour l'accompagner ensuite, pour intervenir directement ou auprès d'un tiers au cas où l'installation dans la régression sur le mode des bénéfices secondaires serait en voie de constitution. Bien entendu, on est mieux placé pour gérer des mouvements actuels ou récents que des replis chronicisés. Mais il est important de se souvenir de la valeur de la composante positive de la régression. C'est une alliée précieuse lors des situations critiques.

Finalement, le travail du vieillir consiste à relancer ses investissements chaque fois qu'une épreuve décompense l'ensemble dynamique de l'appareil psychique, à préparer aussi son départ pour le réussir à souffrance réduite et à dignité conservée. Le travail du clinicien consiste à maintenir humaine la partie psychique qui vit encore dans un corps amoindri et malade. Au-delà de ces limites humaines, on peut se demander si la conservation artificielle des fonctions vitales relève encore de la médecine.

3 LA PERSONNE ÂGÉE EN TANT QUE MALADE

GÉNÉRALITÉS

Les misères de l'âge comportent inévitablement le développement des maladies chroniques et des handicaps divers qui en découlent. Ce fait indéniable lorsqu'on étudie l'ensemble du groupe a, bien entendu, un retentissement considérable sur la psychologie de la personne âgée qui se construit en réaction à la diminution de ses performances physiologiques (rapidité et force), puis à l'apparition des douleurs et limitations fonctionnelles et enfin au risque évident de mort.

Il faut s'en souvenir lorsqu'on voit qualifier le vieillard de plaintif, d'hystérique ou d'hypocondriaque. La réalité de la souffrance du corps est indiscutable, elle explique que la personne âgée soit de façon prédominante consommatrice de soins : c'est une nécessité pour répondre à un besoin qui s'impose.

Il ne faut donc pas s'étonner que la personne âgée préfère être vue comme une « malade » qu'atteinte simplement par les conséquences néfastes de son âge. Il faut bien admettre que le statut de malade, entraîne dans notre société plus de bénéfices secondaires que l'âge. La reconnaissance de la maladie, c'est le droit aux soins et à l'attention des autres (la famille et la société), alors qu'une personne âgée qui ne serait pas malade n'a droit à la considération des autres que dans la mesure où elle se comporte comme si elle était « toujours jeune », donc comme si elle pouvait nier son âge. Il faut pourtant regarder les faits en face : entre 20 et 50 ans, un quart de la population ne se plaint d'aucun trouble physique ou d'aucune maladie constituée tandis qu'au-delà de 50 ans, cette proportion de bien portants n'est plus que de 7,5 %.

La consommation de soins augmente dans tous les compartiments : soins ambulatoires, soins à domicile tant auprès des médecins qu'auprès des paramédicaux, tant pour la consommation des médicaments que des appareillages, tant pour les hospitalisations que par le biais de diverses institutions plus ou moins médicalisées (*cf.* figure 3.1).

Cette augmentation se fait de façon quasi exponentielle par rapport à l'âge à partir de 50 ans. Elle est due à la conjonction de plusieurs facteurs :

– le recours aux soins de plus en plus facilité (en 1970, les personnes de plus de 70 ans consultaient en moyenne un médecin 5 fois par an, en 1980, elles le faisaient 9 fois, en 1991, 10 à 12 fois) ;

– la fréquence des troubles déclenchants qui sont, dans l'ordre, les maladies cardiovasculaires, les maladies rhumatismales, les troubles psychiques, y compris l'insomnie ;

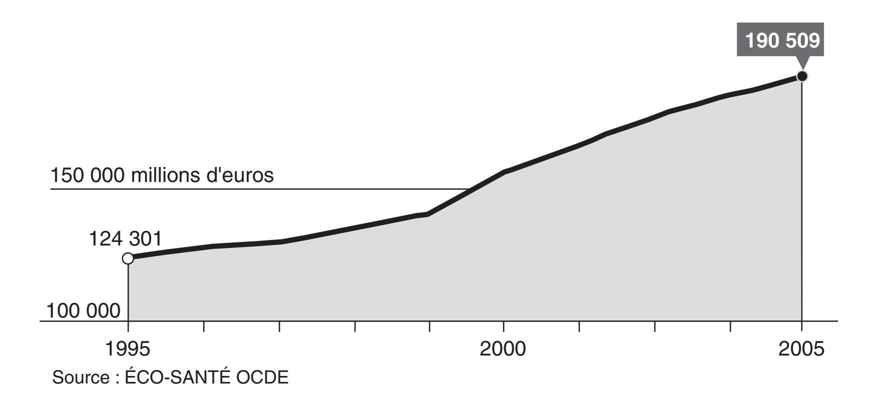


Figure 3-1. *Dépenses de santé en France entre 1995 et 2005 (tiré du* Monde*, 13 mars 2007).*

– une population de plus en plus âgée ;

– la présence de maladies concomitantes chez les personnes de plus de 50 ans. A plus de 80 ans, on peut discerner dans un tiers de cette population, six maladies ou plus (*cf.* figure 3.2).

Une des conséquences importantes du recours aux soins est la *croissance des dépenses de santé* parallèlement à l'âge, constatée dans tous les pays industrialisés, en Suède (où la consommation est 4 fois plus importante au-delà de 70 ans qu'à 20 ans) comme aux USA où le nombre de journées d'hospitalisation fait plus que doubler avec le vieillissement.

Une personne âgée consomme plus du double de soins qu'un adulte de moins de 40 ans, la femme plus que l'homme.

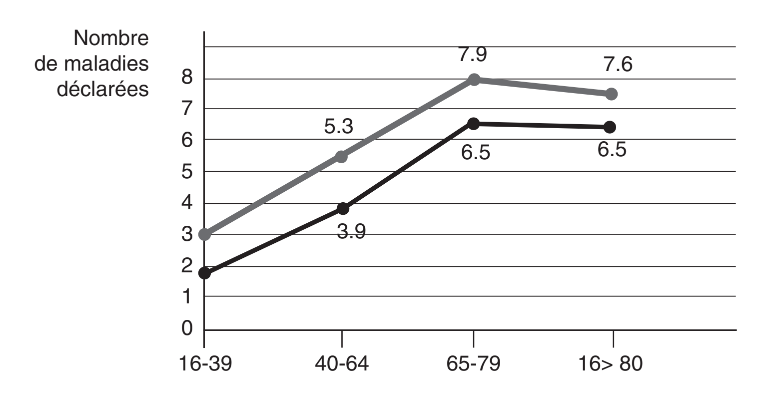


Figure 3-2. *Nombre de maladies déclarées en fonction de l'âge (A. Bucognoso et coll., 1999 in* CREDES *n° 1282 de R. Mouliers et coll.,* Rev. du gen. et de la géront.*, nov. 2000, VII, 69).).*

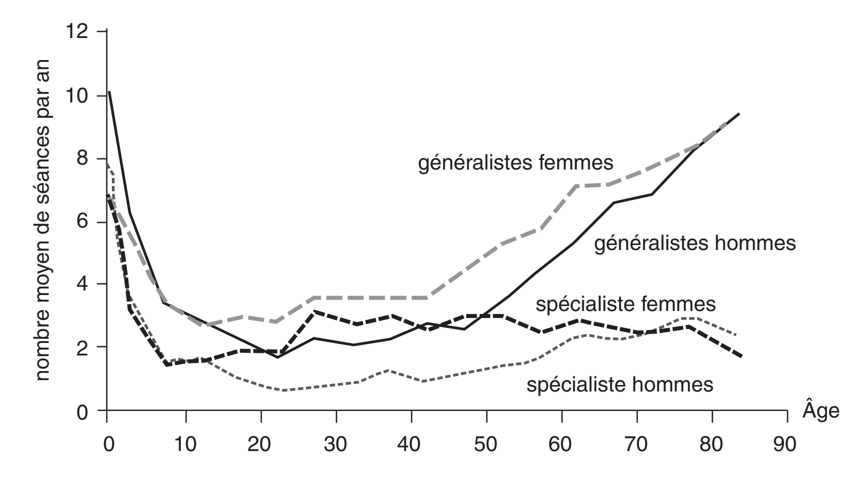


Figure 3-3. *Niveau de recours au généraliste et au spécialiste selon le sexe et l'âge. Année 1991-1992. (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; SESI, enquête décennale sur la santé et les soins médicaux.)*

En France, entre 1950 et 1980, les dépenses que les ménages consacraient à leur santé sont passées de 4,5 à 12 % et à 14 % en 1990, alors qu'avec les remboursements seuls 0,5 % des revenus nets disponibles des familles restent finalement à leur charge. En 2008, 8 millions de personnes souffrent d'une affection de longue durée (ALD) et bénéficient pour les soins d'une prise en charge de 100 %.

– les médecins généralistes et spécialistes consacrent aux personnes âgées en ville 17 % de leur activité. De même, la kinésithérapie, les soins infirmiers passent de 2,5 séances par an par personne à 55 ans à 7,5 séances vers 70 ans et jusqu'à 10 séances au-delà de 80 ans (*cf.* figure 3.3) ;

– les visites au domicile du patient, qui représentent en moyenne 30 % des actes d'un médecin, sont consacrés pour 70 % aux plus de 80 ans ;

– les dépenses pharmaceutiques croissent depuis 30 unités par personne et par an vers 50 ans, à 65 unités à partir de 80 ans ;

– il en est de même pour la fréquentation hospitalière (en dehors des institutions pour séjour à durée prolongée). Elle passe de 100 séjours par an pour 1 000 hommes de 50 ans, à 375 séjours à l'âge de 80 ans.

Les soins ambulatoires à domicile et l'hospitalisation augmentent proportionnellement à l'âge ; ceci est multiplié par la croissance du groupe des plus de 65 ans dans la population française.

D'une enquête sur les personnes âgées vivant à leur domicile en Ile-de-France, on peut tirer les éléments suivants :

– 45 % des plus de 65 ans souffrent et sont soignés pour une affection rhumatismale douloureuse chronique gênant la mobilité et l'autonomie ;

– 13 % des plus de 65 ans souffrent d'une affection cardiaque et 11,5 % sont suivis et traités pour hypertension artérielle ;

– 30 % des plus de 85 ans ont une gêne moyenne ou sévère de la vue ; 40 % ont un trouble de l'audition ;

– 3 % présentent des éléments de détérioration intellectuelle ; cette proportion croît avec l'âge et atteint 13 % des femmes de plus de 85 ans.

La proportion des détériorations intellectuelles est beaucoup plus forte parmi les vieillards placés en institution, près des deux tiers d'entre eux en souffrent, ce qui montre bien la difficulté de vivre de façon autonome en ce cas et l'impérieuse nécessité de les placer en institution, surtout lorsqu'ils sont solitaires.

LA PERTE D'AUTONOMIE

Quelle que soit la (ou les) maladie(s) dont est progressivement atteinte la personne âgée, on peut considérer que le résultat global est une perte d'autonomie. Nous voudrions en résumer les principaux éléments et y ajouter la part prise, éventuellement, par les troubles mentaux en général, la détérioration intellectuelle en particulier.

Les déplacements

La capacité des personnes âgées à se mouvoir dans la vie est sujette à une restriction progressive.

Lorsque la personne est apte à sortir de son domicile, elle va progressivement restreindre son périmètre de déplacement. Par exemple, en Ile-de-France, après 85 ans, 36 % seulement sortent de leur quartier. Il faut dire qu'alors aucune ou presque ne peut conduire un véhicule, 1/5 seulement peut prendre seule les transports en commun et seule 1/3 peut marcher sur une distance d'un kilomètre. 30 % peuvent sortir uniquement à condition d'être aidées par une tierce personne.

Il faut ajouter que la mobilité hors du domicile est fréquente chez le délirant ou le détérioré, mais soumise alors aux aléas de la fugue, de la désorientation spatiale, et des chutes, voire même du scandale public. Le fait d'être confiné au domicile est une réalité pour 15 % des plus de 85 ans ; elle entraîne la nécessité d'une aide au maintien à domicile. Ce repli sur soi peut être favorisé dans le domaine psychique par les dépressions, certains délires chroniques et par les démences. Enfin, c'est plutôt à un stade terminal que la démence aboutit au confinement au lit et au fauteuil, souvent faute de soins adaptés à la prévention de l'état grabataire.

Les activités domestiques

L'activité domestique est à la fois indispensable pour maintenir une vie autonome et décente au domicile, mais c'est aussi un véritable exercice qui entretient psychologiquement et physiquement la personne âgée dans un état de santé assez favorable, même si ces activités sont effectuées avec difficulté.

Le caractère pénible et fatigant du nettoyage, de la lessive et du lit est évident. Faire les courses nécessite à la fois l'autonomie de déplacement et les capacités intellectuelles de l'achat. Faire la cuisine nécessite le maintien du goût et des capacités nécessaires. Enfin, l'agrément de vie nécessite la possibilité d'harmoniser ces activités et de les entrecouper d'occupations distractives.

L'atteinte mentale perturbe ces capacités dans le désir d'entreprendre (dépression) et dans les capacités de les mener à bien (asthénie, apraxie, désorientation). On sait que ce sont souvent de petites catastrophes ménagères qui perturbent le maintien à domicile :

– risque d'incendie et d'inondation ;

– taudification du logis ;

– réduction et perturbation grave de l'alimentation, alcoolisme de facilité ;

– chutes avec bientôt incapacité de se relever.

Il est important de noter que les femmes âgées qui sont le plus souvent veuves, solitaires et même sans enfant à proximité parviennent longtemps à assumer les tâches ménagères courantes permettant de vivre normalement au domicile. Mais ce sont elles qui se plaignent le plus des difficultés éventuelles à poursuivre normalement ces tâches, qui aspirent à se faire aider et qui se plaignent d'être fatiguées d'accomplir ces travaux. On trouve là les éléments qui aboutissent aux limites de la vie à domicile lorsque la survenue de troubles psychiques et spécialement de la détérioration intellectuelle entraîne un déficit influençant très rapidement l'efficacité de ces activités.

Les activités de loisir

S'il apparaît indispensable que la personne âgée ne reste pas inactive, on se contente parfois de la voir s'occuper en réalisant les activités de la vie quotidienne, par ailleurs indispensable. Mais il existe une condition assez fondamentale pour que ces activités soient poursuivies avec entrain, c'est qu'elles procurent un certain plaisir.

Nous pourrions citer ainsi les promenades à l'extérieur non utilitaires, les activités de club, les visites à la famille ou à des connaissances, les voyages et les vacances. La pratique religieuse joue un rôle important chez la personne âgée ; elle y trouve bien entendu un réconfort moral, mais aussi un retour à des comportements indissolublement liés à son enfance et enfin assez souvent un lien social de vie relationnelle.

Ces activités sont assez souvent suspendues pour des motifs médicaux, fatigue, essoufflement, anxiété, douleurs articulaires, qui cachent parfois un manque de motivation d'origine psychologique.

Pourquoi aller voir des enfants si ceux-ci accueillent mal leurs parents ou sont trop occupés ? On invoquera alors la fatigue du trajet, la difficulté d'emprunter les transports en commun et bien entendu les douleurs rhumatismales ou les difficultés visuelles.

C'est plus tard qu'on pourra comprendre, qu'un repli sur le domicile n'est pas seulement dû aux handicaps physiques objectifs, mais à un conflit à l'extérieur, à un syndrome dépressif, parfois à des idées délirantes de persécution.

La vie au domicile, qui tend progressivement à envahir les 24 heures, doit comporter effectivement des périodes de loisir. Certes, les activités ménagères permettent, comme le disent les personnes âgées, de se distraire, de trouver les journées moins longues, mais c'est aussi une source de fatigue, de charge de travail répétitif.

La toilette et la coquetterie vestimentaire, la cuisine et les plaisirs gastronomiques tendent, en particulier en cas de solitude, à se réduire par perte de signification. On voit ainsi des personnes âgées renoncer à se donner une bonne apparence, réduisant et simplifiant leur alimentation jusqu'à la rendre carencée. L'état de santé, la fatigue, les douleurs sont les explications avancées ; pourtant, là encore, les motivations sont plus profondes et le renoncement est d'abord psychologique et réactionnel à une situation difficilement supportable.

Il reste, bien entendu, une majorité de personnes âgées gardant le goût des activités distractives, physiques, intellectuelles et affectives.

L'écoute des programmes de télévision joue une grande part, et l'on sait l'attirance des personnes âgées pour des émissions amusantes, distractives, pour les images de paysages lointains et les belles histoires d'amour et celles mettant en scène des enfants ou des animaux. On connaît leur agacement, leur anxiété et parfois le rejet des émissions comportant de la violence ou tout simplement des informations surabondantes. La télévision a cependant l'avantage d'associer, pour la personne âgée, le spectacle et le repos au fauteuil.

Le plaisir du repos est une notion souvent négligée par les activistes, qui ne rêvent que de voir la personne âgée en mouvement perpétuel comme pour se confirmer qu'elle est bien vivante. Beaucoup de personnes âgées, à condition de les écouter, souhaitent souvent des séjours prolongés au lit, une sieste, le fauteuil, et préfèrent voir les tâches ménagères effectuées par des gens plus jeunes : « nous avons assez travaillé, j'ai commencé à l'âge de 12 ans ». C'est une notion à méditer quand on entend les visiteurs occasionnels de maison de retraite s'inquiéter de trouver le lieu trop calme et non une ruche bourdonnante de l'activité des vieillards.

Mais le domicile peut être l'endroit idéal, surtout pour d'anciens travailleurs intellectuels, de s'adonner à la lecture, à des jeux de l'esprit, pour les autres, aux ouvrages de dames ou assimilés.

Tableau 3-1*. Niveau d'incapacités des personnes âgées en France (1978-1988) d'après A. Gauthier et A. Colvez (1989).*

Population ≥ 50 ans = 7 500 000

- ***En institution*** — ***450 000***
  - *Aveugles 6,5 %*
  - *Sourds 14,5 %*
  - *Handicapés moteurs 41 %*
  - *Troubles mentaux 39 %*
  - *Sénilité 35 %*
- ***À DOMICILE*** — ***7 050 000***
  - ***Confinées au domicile*** — ***750 000***
    - ***Au lit et au fauteuil*** — ***200 000***
      - ***Aides pour soins...*** — ***200 000***
        - ***Aide...***
    - ***Capables de déambuler*** — ***550 000***
      - ***...personnels*** — ***550 000***
        - ***... permanente aux ...***
  - ***Non confinées à domicile*** — ***6 300 000***
    - ***2 000 000*** — ***... activités domestiques***
    - ***Aides occasionnelles aux activités domestiques*** — ***3 000 000***
    - ***Autonomie complète*** — ***1 300 000***

(Enquête INSEE conditions de vie [1986-87])

La perte d'autonomie intellectuelle

C'est une cause essentielle, assez difficile à apprécier, des maladaptations au domicile.
Lors de la phase insidieuse du début d'une dépression, d'un délire, ou d'une détérioration intellectuelle, on peut observer que la personne âgée :
– renonce à des activités quotidiennes qu'elle effectuait il y a peu ;
– se trompe gravement sans s'amender dans des activités dont elle avait la maîtrise auparavant ;
– néglige des actes courants ayant trait à la gestion quotidienne de sa vie ;
– se met dans des situations très difficiles par des choix paradoxaux et des attitudes contradictoires.
L'entourage reste longtemps sourd à ces signes avant-coureurs, tente de colmater les erreurs flagrantes, et il est rarement demandé précocement une mesure de protection des biens des adultes incapables (réf. à loi sur tutelle, voir p. 50). C'est bien plus tard qu'on s'aperçoit que la dégradation constatée explique a posteriori des perturbations importantes des mois précédents.
Il serait pourtant judicieux de constater que les déficits intellectuels viennent gravement perturber l'autonomie et rendent délicates les mesures d'aide au maintien à une vie digne et responsable.
Lorsque la personne est entourée, il se produit insensiblement une substitution. L'entourage cherchant à la remplacer dans les activités en voie de dégradation, il ne lui reste plus que le repli, la dénégation jusqu'à ce qu'éclate éventuellement un conflit ou un incident grave.
Anne Gauthier et Alain Colvez, dans l'équipe de recherche épidémiologique sur le vieillissement et les incapacités de l'INSERM (Montpellier), ont rassemblé une dizaine d'enquêtes régionales sur les états de santé et de dépendance des personnes âgées pour les synthétiser, puis les extrapoler à l'ensemble de la population âgée française.
Nous en avons tiré les chiffres ronds approximatifs du tableau 3-1 (page précédente).

Évaluations de la perte d'autonomie du sujet âgé

Ces évaluations cherchent à apporter l'objectivité la plus grande possible et un maximum de précisions pour apprécier la perte d'autonomie. Elles permettent d'en déduire la mobilisation de l'aide à la vie quotidienne nécessaire pour compenser cette perte, en d'autres termes : trouver les moyens humains, techniques et financiers pour mettre en acte cette suppléance.
On comprendra donc que la perte d'autonomie n'a pas la même traduction selon que son évaluation est faite au domicile habituel de la personne âgée ou en institution.

– Au domicile, elle dépend du niveau de base à partir duquel se déroulait jusqu'alors la vie de la personne selon ses besoins, ses choix de vie, son entourage.
– À l'inverse, dans une institution où cette perte d'autonomie est par définition plus forte, l'évaluation a surtout pour but d'apprécier la charge de travail de l'ensemble des catégories de personnel de l'institution.
On ressent pourtant le besoin de définir avec plus de précision les différentes composantes du handicap.
– La déficience serait l'altération d'une structure ou d'une fonction par rapport à une norme biomédicale. De ce point de vue, l'altération de la mémoire (appréciée par le biais du MMS), de l'audition et de la vue sont devenues, à des titres divers, plus ou moins artificiellement quantifiables – ce qui ne veut pas dire mesurables au sens physique.
– L'incapacité est la conséquence des diverses déficiences sur les possibilités d'accomplissement d'activités fonctionnelles tant au travail que dans la vie courante. Il ne s'agit pas seulement du simple constat de ce déficit selon la fonction considérée, mais bien d'une tentative de mesure de cette incapacité, souvent exprimée en pourcentage par rapport à la normale ou à l'état antérieur. Ces chiffres donnent l'illusion d'une mesure exacte de cette incapacité. Par convention, il s'agit, avant 60 ans, pour le travailleur, d'une invalidité et après 60 ans, pour le retraité, d'une dépendance.
– Le handicap proprement dit est la somme des incapacités fonctionnelles, traduisant les difficultés ressenties par l'individu pour avoir une activité sociale normale et adaptée à son milieu. Un handicap n'a pas les mêmes conséquences selon les âges de la vie, selon le moment où il apparaît et selon son mode évolutif.
Quels que soient la connaissance et le bon usage de ces vocables dans le langage courant ou même spécialisé, il existe de nombreux recoupements ou superpositions, rendant difficile une catégorisation bien définie :
– handicap et invalidité signifient le plus souvent une dimension stable au cours du temps que l'on cherche à quantifier de façon un peu artificielle sous la forme d'un pourcentage de déficit par rapport à la normale;
– perte d'autonomie et l'incapacité ont trait, quant à elles, le plus souvent à des formes évoluant en fonction du temps et, particulièrement chez la personne âgée, de façon progressivement déficitaire. Elles se mesurent indirectement par l'aide nécessaire à leur compensation.

Mieux évaluer la perte d'autonomie : l'exemple de la grille AGGIR et du MMSE

Nous sommes à une époque où les efforts en faveur de la quantification s'expriment surtout par le biais de l'appréciation scalaire d'une situation pathologique ou psychosociale.

Grille AGGIR

Ainsi, la grille d'évaluation AGGIR a d'abord été mise au point dans le milieu gérontologique pour évaluer et, si possible, rationaliser le travail en institution.

Elle évalue l'expression de l'autonomie grâce à l'observation des activités effectuées par le sujet âgé seul. Elle tente ainsi d'apprécier la perte d'autonomie, ce qui s'avère parfaitement adapté lorsque l'atteinte déficitaire en question est relativement stable dans le temps. Elle aboutit à la délimitation de groupes dits curieusement « Iso ressources » pour en déduire la mobilisation nécessaire des aidants et des soignants permettant de compenser les activités non effectuées (*cf.* tableaux 3-2 et 3-3).

On évalue essentiellement dans la grille AGGIR tout ce qui est déficitaire et peut être compensé par une aide adéquate en institution et, sans doute plus approximativement, au domicile. On est cependant loin du compte pour les troubles psychotiques avec l'item 10, « sur la cohérence de la pensée », qui relèvent tant du déficit cognitif que des troubles délirants, caractériels ou autres, et qui peuvent évoluer de façon aiguë ou chronique, évolution qui change tout.

Comme toujours, en matière de chiffrage de comportements humains, il existe une énorme différence entre une appréciation clinique visant l'aide au diagnostique ou la surveillance de l'effet thérapeutique et la même appréciation menant à une décision en matière de modalités de gestion et d'aide financière. C'est ce que l'on constate à propos des conséquences de la césure entre GIR 3 et GIR 4, repoussée maintenant entre GIR 4 et GIR 5. Cet effet de seuil était déjà connu dans les décisions sur le pourcentage d'invalidité : à partir de 80 %, de nombreux avantages sont déclenchés.

Cette appréciation, nommée familièrement GIRage, perd particulièrement de son objectivité lorsque la détermination de ces groupes a des conséquences décisives sur le plan financier, tant pour l'aide à domicile que pour l'équilibre du budget des maisons de retraite.

De plus, si ce comportement humain apprécié par rapport aux aides qui peuvent lui être apportées répond effectivement à une perte d'autonomie relativement stable, c'est moins le cas des comportements qui présentent de nombreuses variations pathologiques individuelles, variations auxquelles les équipes sont soumises et réagissent de façon multiforme. Il existe un véritable danger de gestion de la santé par le poids du GIRage.

Quantification du déficit cognitif

Simultanément, il est devenu de pratique courante d'apprécier chez la personne âgée l'état du fonctionnement cognitif, qu'il existe ou non des plaintes à ce sujet, qu'il existe clairement ou non une perte des aptitudes mises en œuvre dans la vie courante ou même qu'il existe ou non une altération significative du fonctionnement social (éventuellement professionnel)

par rapport au niveau qu'il atteignait antérieurement. L'objectif de cette évaluation est différent puisqu'il peut s'agir d'une démarche de dépistage ou d'une recherche diagnostique proprement dite : c'est dans ce cadre que se place l'utilisation d'échelles telles que le MMS ou l'AdasCog, qui prennent de plus en plus de place dans la démarche clinique.

Certes, l'apport de la mesure du MMSE permet avec beaucoup plus de précision qu'autrefois de dépister la probabilité de l'installation d'une démence de type Alzheimer. Cela étant, il ne faut pas exagérer l'intérêt de la répétition de ces évaluations à tout propos, et parfois hors de propos, par exemple lors d'une affection aiguë s'il existe un syndrome confusionnel. Il faut savoir également que les démences de type non Alzheimer, avec symptômes frontaux, ne présentent pas une atteinte au MMSE aussi marquée que les troubles du comportement qui les feront remarquer.

On voit bien en quoi les troubles déficitaires ont un retentissement sur la perte d'autonomie. Dans tous les cas, on a toujours privilégié cette relation inéluctable entre la perte d'une habileté particulière, le renoncement à cette activité qui en découle et la nécessité de la compensation.

Ainsi, le sujet ne se fait plus à manger, qu'il se trompe, ne parvienne plus à faire ses courses, n'arrive plus à assumer la confection des plats ou ne se décide pas à se mettre à table dans de bonnes conditions. Il est nécessaire de compenser l'activité défaillante en lui faisant ses courses, en préparant sa cuisine, en lui donnant à manger aux heures convenables et en veillant à son régime.

De même, le raisonnement globaliste de la perte d'autonomie s'applique assez bien, quelle que soit l'origine exacte de la perte de cette fonction, elle doit être obtenue par la compensation du chaînon manquant.

S'il paraît particulièrement utile d'apprécier chez la personne âgée le déficit cognitif, les fonctions cérébrales risquent de se dégrader, il ne faut pas non plus négliger l'existence d'activités pathologiques par libération de pulsions instinctuelles et/ou de troubles délirants. En effet, on en reconnaît de plus en plus l'importance dans les troubles du comportement du dément : ces pulsions peuvent avoir de graves conséquences pour le sujet ainsi que pour l'entourage.

Dans ce domaine également, nous constatons que les troubles psychiques proprement dits sont sous-évalués, particulièrement ceux que nous proposons d'appeler activement pathologiques en raison des dimensions déficitaires, cognitives ou non, de la maladie mentale.

Dans les troubles activement pathologiques, tout est à revoir : la perturbation n'est pas du même ordre puisqu'elle vient désorganiser un style de vie, lui-même souvent déficitaire, de façon brusque et imprévisible. Alors, la compensation n'est plus de l'ordre de l'aide substitutive, l'aidant lui-même risquant d'être impliqué et mis en cause.

C'est pourquoi ce domaine nous paraît justifier une étude spécifique (voir p. 43).

Quels besoins d'accompagnement de la personne handicapée mentale ?

L'évaluation déficitaire de la perte d'autonomie ne permet pas de rendre compte de toutes ses dimensions.

Et ce n'est pas un hasard si ceux qui ont été amenés à en rendre compte sont les membres de l'entourage familial de la personne atteinte. C'est pourquoi des variables nouvelles ont été proposées par l'UNAPEI pour évaluer l'appréciation du « besoin d'accompagnement de la personne handicapée mentale, par la mise au point d'un modèle d'accompagnement personnalisé », dit MAP. Elles évaluent une dimension très différente de la perte d'autonomie, au sens le plus large du terme, et intéressent particulièrement les accompagnants. Les variables sont au nombre de neuf, elles explorent :

1. La question de la communication avec les autres pouvant aller jusqu'aux cas où la relation est perturbée voire quasi impossible.

2. La sociabilité, représentant la capacité à vivre en harmonie avec les autres, ou bien à assumer une solitude désirée ou même imposée.

3. Le comportement psychoaffectif permettant d'évaluer la réalité des échanges affectifs et émotionnels.

4. La conscience (au sens de la lucidité) de ses propres capacités et incapacités pour assumer le présent et prévoir l'avenir proche.

5. Les réactions pour s'adapter face à une situation dangereuse et réagir de façon adéquate.

6. Les capacités d'ajustement aux règles et conventions sociales.

7. Les comportements sexuels qui doivent être adaptés face au contexte, à l'intimité et ne doivent prendre pour objet qu'un partenaire libre et consentant.

8. La personne s'alimente-t-elle normalement au moment des repas et selon des règles hygiéno-diététiques correspondant à son état de santé ?

9. Son comportement n'aboutit-il pas à nuire, violenter ou agir de façon brutale face à diverses personnes de son entourage ?

On s'aperçoit donc que ces variables surtout relationnelles ne sont pas prises en considération dans la grille AGGIR, fondée sur les aides nécessaires et non sur les éventuelles perturbations à l'aide elle-même.

Si l'on prend l'exemple des prothèses visant justement à suppléer la déficience physique ou sensorielle, il est précisé dans les consignes d'évaluation de la grille AGGIR que l'on tient compte du handicap du patient, une fois qu'il est compensé par la prothèse.

Voilà un cas où la fonction adjuvante est difficile à apprécier : les troubles du comportement peuvent perturber directement la compensation que doit apporter la prothèse. Elle peut, par exemple, faire l'objet d'un rejet ou même d'un dysfonctionnement supplémentaire : prothèses dentaires douloureuses qui gênent la manducation, lunettes qui ne corrigent pas ou mal la vue du malade, appareils auditifs bruyants et inutiles, cannes mal utilisées et qui peuvent être la cause directe de chutes, etc.

En somme, l'amélioration apportée par une prothèse peut se trouver gravement perturbée par tout trouble du comportement et tout trouble relationnel venant annuler puis inverser le bénéfice attendu.

Ceci apparaîtra comme encore plus important en matière d'aide humaine bénévole ou professionnelle à la perte d'autonomie. On sait bien qu'il existe une attitude réactionnelle du sujet aidé face à l'aide qu'on veut lui apporter, et qu'il se produit de très nombreux conflits au sein des relations réciproques entre l'aidant et l'aidé, entre le soignant et le soigné, particulièrement chez le sujet âgé à la fois terriblement demandeur, souvent particulièrement exigeant, puis facilement déçu. On insiste sans cesse sur le rôle que peut jouer la formation des équipes et sur l'importance de la coordination de l'action médicale. Là encore, il n'est pas toujours si facile de distinguer clairement la place de l'aide de celle du soin, et plus encore de celle du soin spécialisé. Sans méconnaître le rôle de la formation, il ne faut pas négliger la place du talent personnel de l'aidant face au soigné, ainsi que les difficultés considérables qu'entraînent la pathologie mentale, les troubles caractériels, les difficultés relationnelles propres à un couple ou les relations orageuses entre la personne aidée et sa famille plus ou moins présente.

Ce mode d'appréciation semble bien adapté à un adulte jeune ou à un adolescent; il l'est moins chez le sujet âgé. Il est en effet difficile d'envisager l'homme dans la globalité de son existence : il devient nécessaire de découper en tranches d'âges qui ne demandent pas du tout le même type de relations sociales aidantes.

Disparition de la pathologie ou spécificité des syndromes pathologiques?

Malgré les efforts nécessités par cette globalisation des troubles du comportement, on ne peut minimiser les conséquences qui résultent du détournement de la spécificité étiologique de chacune des maladies.

Ce changement de perspective est d'ailleurs difficile pour tout médecin qui a appris la médecine à partir de chacune des maladies de leur mode évolutif et des traitements spécifiques qui permettent éventuellement d'en modifier le cours.

Certes, cette démarche existe aussi et s'occuper de l'insuffisance rénale, cardiaque ou respiratoire peut se faire sans recourir obligatoirement à la cause initiale. De la même façon, il peut être fructueux d'apprécier une insuffisance cognitive quelle que soit l'origine du processus déficitaire. Ce raisonnement a ses limites, puisque tous ces processus cérébraux n'atteignent pas de la même façon et au même âge les fonctions intellectuelles ou affectives, comme la mémoire, les praxies ou le jugement : pour cette raison, les troubles du comportement sont très variés.

On peut sans doute s'étonner qu'avec l'emploi de telles grilles d'évaluation fonctionnelle la notion spécifique de pathologie disparaisse. Cela étonne plus particulièrement les médecins, beaucoup plus habitués à poser des diagnostics de maladie qu'à évaluer, sauf au titre de l'appréciation expertale des séquelles, les déficits fonctionnels qui en résultent.

Cela est particulièrement frappant pour les échelles d'évaluation du déficit cognitif, que l'on assimile abusivement au diagnostic ou à la surveillance de la maladie d'Alzheimer. Il s'agit certainement d'une conception erronée, puisque toutes les démences ne sont pas évaluables de la même façon par la même grille. Elles sont en effet hétérogènes sur le plan sémiologique, d'autant qu'elles évoluent selon un rythme assez varié.

La perte d'autonomie dépend donc de la pathologie spécifique dont est atteinte chaque personne et, particulièrement chez le sujet âgé, de la polypathologie, qui est à l'origine de phénomènes de retentissements réciproques, comme, par exemple, un trouble visuel et une arthrose des membres inférieurs qui se conjuguent pour rendre les déplacements douloureux et dangereux.

Ceci est d'autant plus frappant que de nombreuses autres méthodes d'évaluation de l'activité médicale se font uniquement en fonction du diagnostic, comme dans le cadre dit des groupes homogènes de malades. Il est indiscutable que, parfois, ce sont des soins spécifiques, une rééducation adaptée, des médicaments appropriés qui permettent en tout premier lieu de lutter contre la perte d'autonomie et son mode d'aggravation.

Pour prendre comme exemple le domaine de la pathologie neuropsychique, on peut constater qu'un même état de dépendance fonctionnelle n'a pas la même signification, ni le même pronostic pour :

– une démence type Alzheimer;
– un syndrome dépressif;
– une apathie frontale;
– une hémiplégie droite.

C'est sans doute pour cela qu'il a été proposé de compléter ou d'améliorer l'évaluation la plus répandue d'après la grille AGGIR par d'autres outils d'évaluation type PATHOS visant à quantifier les soins nécessaires pour la prise en charge du sujet âgé polypathologique.

En somme, nous nous trouvons face à une contradiction essentielle, puisque la notion de dépendance ou de perte d'autonomie, qui se veut très générale, transnosographique, pour ne laisser subsister que l'aide au déficit à la condition de dépasser chaque syndrome pathologique, voudrait par ailleurs s'affiner des spécificités pathologiques pour mieux assumer les capacités d'adaptation de l'aide elle-même à des soins plus spécifiques.

En fait il est nécessaire de tenir compte de la date d'apparition et du mode évolutif de la pathologie principale et des éventuels constituants d'une polypathologie. C'est pourquoi, il est nécessaire de distinguer chez le sujet âgé :

– une pathologie évoluant dans le mouvement diachronique de l'existence et de l'accumulation des années. Prenons comme exemple la pathologie

dépressive bipolaire qui peut survenir tardivement, à partir de la cinquantaine, et comporter des épisodes dépressifs plus ou moins intenses, plus ou moins fréquents, et de longues phases hypomaniaques, très difficiles à distinguer de troubles caractériels mais finissant par constituer un trouble perturbant fortement la relation;

– d'autres perturbations du comportement apparaissent parfois directement en rapport avec la détérioration cognitive. Elles peuvent être sensibles au traitement cholinergique, ce qui pose la question d'une pathologie mentale directement reliée à la démence et aggravant la dépendance cognitive. Nous y voyons plusieurs particularités :

- Les perturbations psychopathologiques s'expriment beaucoup à l'égard de l'entourage, des aidants, et des soignants. On pourrait même dire qu'elles retentissent en fonction de l'attachement affectif que l'on a avec le patient.
- La séquence pathologique elle-même n'est pas stable et constante, mais au contraire très souvent discontinue, liée à l'environnement. La description que chacun peut en faire dépend beaucoup de sa propre implication, de sa propre angoisse et aussi de sa technicité. Nous voulons dire qu'une garde malade, un voisin, un directeur d'établissement, une infirmière ayant de l'expérience, un gériatre ou une assistante sociale n'en tireront pas les mêmes déductions.
- Il n'est pas possible d'assimiler un épisode psychopathologique à celui d'une maladie médicale et chirurgicale nécessitant l'intervention d'un spécialiste et/ou une hospitalisation. La différence est caricaturale par rapport à la survenue d'une fracture. Combien de temps faudra-t-il négocier avec une famille pour un trouble désigné comme psychiatrique, alors que tout devient urgent et simple s'il se produit une décompensation cardiaque ou orthopédique ?

De plus, nous trouverons une grande différence entre une pathologie mentale de l'ordre du repli, proche de la détérioration, comme la dépression chronique, et de celles qui sont activement pathologiques et qui posent des problèmes très directs vis-à-vis de la prise en charge tant adjuvante que directement thérapeutique, confirmant l'interférence habituelle entre les soins et les mesures d'assistance.

Symptomatologie des troubles du comportement activement pathologiques

Nous pourrons successivement distinguer un certain nombre de ces manifestations pathologiques associées aux troubles qu'elles entraînent pour le sujet et pour son entourage soignant :

– des crises d'angoisse et de terreur de la solitude, qui entraînent l'utilisation exagérée des moyens d'appel ou des systèmes de communication mis

à disposition, mais aussi des initiatives alarmantes ou dangereuses, comme des menaces de passage à l'acte auto ou hétéro-agressives ;

– des crises d'angoisse hypochondriaques, avec manifestations somatiques, pouvant correspondre à une pathologie existante chez le sujet âgé ou apparaissant comme de novo : crises dyspnéïque, cardiaque, digestive ou urinaire entraînant à tout moment et en urgence le déploiement des systèmes d'alerte et de secours médical jusqu'à SOS médecins, SAMU, avec un risque d'amplification iatrogène des mesures prises ;

– des troubles caractériels construisant d'abord un isolement farouche avec phobie sociale, qui se traduit par des crises de colère et violences. C'est dans ce cadre que l'on peut voir apparaître ou se développer des conflits au sein de la famille ou du personnel aidant et même à l'issue de crises pouvant aller jusqu'aux menaces de mort et chantage au suicide ;

– des poussées de négativisme avec refus thérapeutiques et refus des aides, alors même que l'entourage vient d'être alerté par des appels au secours, si bien que les troubles du comportement connaissent des revendications diverses et la manipulation de la famille ou des soignants institutionnels ;

– des attitudes de collectionnisme aberrant associées à des conduites obsessionnelles et de compulsion répétitive, pouvant s'intégrer à des refus de soins, de l'hygiène courante, et des contacts sociaux ;

– des conduites sexuelles particulièrement inadaptées ou inacceptables de la part de l'entourage concerné. Il ne faut pas les confondre avec des conduites de dénudation inappropriées, avec perte de la pudeur, qui souvent sont faussement interprétées comme ayant une intentionnalité de nature sexuelle, mais qui parfois entraînent pourtant des difficultés de même nature vis-à-vis de l'entourage ;

– des thèmes actifs de délire de persécution, de harcèlement de l'entourage, à propos de vols d'objets dérisoires ou importants, de disparitions inexplicables associées à des propos de méfiance avec les personnes les plus proches et les plus aidantes, et pouvant se terminer en crises de colère caricaturant le tableau du vieillard irascible ;

– les hallucinoses et hallucinations entraînent parfois une conduite pathologique et ont l'inconvénient de placer la personne âgée dans le champ psychopathologique nécessitant donc une conduite médicale adaptée, au risque sinon de s'aggraver ;

– la recrudescence nocturne de l'agitation, des déambulations associées à de l'insomnie et un risque majeur de chutes constituent un trouble activement pathologique et perturbant fortement les séjours de la personne tant au domicile qu'en institution. L'agitation et la désorientation qui l'accompagne s'exacerbent en errances, déambulations et fugues augmentant de beaucoup là encore le risque de chutes, d'accidents, mettant par principe en cause la culpabilité de l'entourage ou la responsabilité de l'établissement et du personnel de surveillance ;

– les mouvements d'humeur, avec anxiété et colère, peuvent également favoriser les chutes du fait de sensations vertigineuses et de perturbations anxieuses de la stabilité ;
– les conduites manipulatoires, traditionnellement qualifiées d'hystériques, où les patientes (il peut aussi s'agir d'hommes) exigent l'attention exclusive de l'entourage, mettent en avant leur pathologie et mobilisent les soignants par le caractère spectaculaire de leurs manifestations, cherchant à mobiliser chacun autour de leur personne. On en rapproche les cas où sont employées les menaces conditionnelles de suicide.

Choix du lieu de vie : un équilibre entre le degré de perte d'autonomie du patient et les troubles du comportement

Si la perte d'autonomie pouvait s'exprimer d'une façon quantificative simple, il en résulterait que la compensation de ce déficit d'autonomie pourrait être aisément obtenue en déployant des moyens prévisibles, à supposer qu'ils soient disponibles, en fonction de la demande. Cela n'est bien entendu pas toujours le cas, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, et nous voudrions insister particulièrement sur le rôle que jouent les situations psychologiques spécifiques et les troubles activement pathologiques que nous venons d'envisager.

Limites du maintien à domicile

Nous savons qu'il est très difficile de définir clairement les limites des indications légitimes entre le domicile et les différentes formes d'institutions (foyer-logement, maison de retraite simple ou médicalisée ou EHPAD). Le mode de comportement de l'entourage fait beaucoup pour reculer ces limites du séjour à domicile, sans doute plus que le degré exact du déficit. C'est justement parce que, en dehors du poids de la perte d'autonomie, il existe des dysfonctionnements perturbateurs caractérisés par des troubles activement pathologiques, qui ont des conséquences très diverses selon une situation affectivo-sociale locale variant selon :
– la solitude ancienne ou récente, bien ou mal assumée ;
– avec ou sans entourage et soutien filial ;
– avec ou sans relations sociales dynamiques ;
– au sein d'une situation financière satisfaisante ou pas et d'un confort approprié ou non.
Ces troubles agissent en perturbant les soins infirmiers, la prise médicamenteuse, la kinésithérapie et les aides ménagères à l'encontre de ce qui était prévu et paraissait acquis.

Prévoir l'aide la plus adéquate pour le maintien confortable et satisfaisant à domicile nécessite aussi de savoir apprécier à quel moment la situation n'est plus tenable ni souhaitable.

En fait, on regrette souvent que les décisions ne soient prises justement que lorsque « ce n'est plus possible », dangers, fatigue des aidants, conflits avec la famille, survenue d'une complication médicale ou psychologique, favorisant une dégradation rapide et bientôt irréversible.

Est souvent mise en avant l'impossibilité de convaincre la personne âgée du caractère inéluctable de son transfert en institution, de la nécessité de son déménagement (départ de l'entourage, grave inconfort, suite d'un veuvage). De même, le choix d'une institution est difficile. On se met souvent d'accord par facilité sur un logement-foyer. De même, le choix d'une maison de retraite simple ou médicalisée n'est pas seulement de l'ordre de l'appréciation du GIRage. Les troubles du comportement, qui perturbent les soins et conditionnent le mode relationnel et l'attitude de l'équipe soignante, nous apparaissent décisifs.

Là aussi, le domaine psychopathologique est particulièrement délicat à faire coïncider avec des catégories quantifiables. Pour autant, le modèle d'accompagnement personnalisé type MAP peut contribuer, sinon à régler la question, du moins à la poser, et, peut-être, à faire comprendre la nécessité des institutions mieux adaptées à ce type de malades, distincts de ceux atteints des formes courantes d'Alzheimer, avec déficit mnésique et fonctionnels prédominants (*cf.* tableau 3-2).

Tableau 3-2. *– Echelle d'hétéro-évaluation de l'aptitude aux activités instrumentales de la vie quotidienne. D'après Instrumental Activities of daily living (LAWSON)*

I - Utiliser le téléphone :	
– Se sert du téléphone de sa propre initiative. Recherche des numéros et les compose, etc.	*1 point*
– Compose seulement quelques numéros de téléphone bien connus	*2 points*
– Peut répondre au téléphone, mais ne peut pas appeler	*3 points*
– Ne se sert pas du tout du téléphone qu'il possède (fixe ou portable)	*4 points*
II - Faire des courses :	
– Peut faire toutes les courses nécessaires de façon autonome	*1 point*
– N'est pas indépendant que pour certaines courses	*2 points*
– Est complètement incapable de faire des courses	*3 points*
III - Préparer des repas :	
– Peut à la fois organiser, préparer et servir des repas de façon autonome	*1 point*
– Peut préparer des repas appropriés si les ingrédients lui sont fournis	*2 points*
– Peut réchauffer et servir des repas précuits ou préparer des repas, mais ne peut pas suivre le régime qui lui convient	*3 points*
– A besoin qu'on lui prépare et qu'on lui serve ses repas	*4 points*

Tableau 3-2. *– Echelle d'hétéro-évaluation de l'aptitude aux activités instrumentales de la vie quotidienne. D'après Instrumental Activities of daily living (LAWSON) (suite)*

IV - Faire le ménage :	
– Fait le ménage seul ou avec une assistance occasionnelle (par exemple, pour les gros travaux ménagers)	*1 point*
– Exécute des tâches quotidiennes légères, comme faire la vaisselle, faire son lit	*2 points*
– A besoin d'aide pour les travaux d'entretien de la maison	*3 points*
– Ne participe à aucune tâche ménagère	*4 points*
V - Faire la lessive :	
– Fait sa propre lessive	*1 point*
– Peut laver le petit linge, mais a besoin d'une aide pour le gros linge (draps, serviettes)	*2 points*
– Nettoie et rince le petit linge	*3 points*
– La lessive doit être faite par des tiers	*4 points*
VI - Utiliser les transports :	
– Voyage tout seul en utilisant les transports publics, le taxi, ou bien en conduisant sa propre voiture	*1 point*
– Utilise les transports publics à condition d'être accompagné	*2 points*
– Ses déplacements sont limités au taxi ou à la voiture, avec l'assistance d'un tiers	*3 points*
– Ne se déplace pas du tout à l'extérieur	*4 points*
VII - Prendre des médicaments :	
– Prend ses médicaments tout seul, à l'heure voulue et à la dose prescrite	*1 point*
– Est capable de prendre tout seul ses médicaments, mais a des oublis occasionnels	*2 points*
– Est capable de prendre tout seul ses médicaments s'ils sont préparés à l'avance	*3 points*
– Est incapable de prendre ses médicaments	*4 points*
VIII - Gérer ses finances :	
– Gère ses finances de manière indépendante (tient son budget, libelle des chèques, paye son loyer et ses factures, va à la banque). Perçoit et contrôle ses revenus	*1 point*
– Gère ses finances de manière indépendante, mais oublie parfois de payer son loyer ou une facture, ou met son compte bancaire à découvert	*2 points*
– Effectue ses achats journaliers, mais a besoin d'aide pour les achats importants et gérer son compte en banque, rédiger des chèques et suivre le montant de ses dépenses	*3 points*
– Est incapable de s'occuper d'achats et d'argent	*4 points*
IX - Bricoler et entretenir la maison :	
– Peut réaliser tout seul la plupart des travaux de bricolage (réparer la tuyauterie, réparer un robinet qui fuit, entretenir la chaudière et les radiateurs, réparer les gouttières…)	*1 point*
– A besoin d'une aide ou de directives pour réaliser quelques réparations domestiques	*2 points*
– Peut uniquement réaliser des travaux de bricolage élémentaires, ou des travaux tels que suspendre un cadre ou tondre la pelouse	*3 points*
– Est incapable de bricoler ou d'entretenir sa maison (ce qu'il faisait auparavant)	*4 points*

Le choix d'une institution

Mais ces difficultés se retrouvent également dans les institutions, particulièrement lorsqu'on a choisi le séjour en foyer logement, parce que, justement, cet environnement nécessite une autonomie d'un bon niveau, le lieu étant apte à compenser certains déficits mais s'avérant beaucoup plus inadéquat pour contenir des troubles actifs du comportement s'ils viennent à se produire.

En fait, des difficultés peuvent survenir même dans des maisons de retraite médicalisées ou des services de soins hospitaliers : de nombreux comportements paraissent en effet rendre la personne inapte à vivre dans l'institution où il avait été prévu qu'elle soit prise en charge.

Nous n'avons qu'à retrouver à ce sujet la liste des motifs de recours aux urgences : déambulations nocturnes, errances, fugues, agressivité, chutes, propos délirants, propos incongrus, violence verbale, conflits aigus avec le personnel, ou avec le voisinage des pensionnaires, etc. On pourrait se dire qu'on tient là les indications habituelles d'un transfert dans un service de psychogériatrie. Pourtant, il y en a si peu que l'on est en droit de se demander comment les soins administrés au patient à l'issue d'un séjour hypothétique en psychogériatrie vont être gérés ? Va-t-il pour cela redevenir compliant aux traitements et aux aides que nécessite son déficit d'autonomie ? Cela bien sûr n'est pas évident du fait des fluctuations possibles de cet état sous traitement psychotrope ou à l'issue de celui-ci, la possibilité de variations d'un jour à l'autre selon l'entourage et la prise en charge institutionnelle étant très fréquentes.

Il est bien difficile d'apprécier, lors d'un entretien à distance, une agitation nocturne et les conflits relationnels dans toute leur acuité : la personne âgée veut faire bonne figure ou lorsqu'elle veut peser dans un sens ou dans l'autre pour une décision qui lui agrée. C'est aussi pourquoi nous pensons qu'avec la détermination d'un groupe Iso ressources on a intrinsèquement une faible capacité de témoigner de ces comportements et donc de la charge de travail qui en résulte. Le GIRage d'un patient difficile, sur le plan comportemental, peut être assez léger (GIR 4 et 5) alors même qu'il ne se révèle pas maîtrisable dans une institution et particulièrement dévoreur de temps soignant.

A supposer même que nous soyons capables d'évaluer avec plus de précisions par des échelles évaluatrices les troubles du comportement, la question serait en fait de savoir si cela peut nous aider dans le choix du type d'institutions et des méthodes à employer pour obtenir une action efficace face aux difficultés que l'on a rencontrées.

Et c'est sans doute par une adaptation thérapeutique réfléchie que nous pouvons y remédier, au prix d'un choix délibéré d'un lieu de vie plus conforme aux possibilités du patient. Nous croyons qu'on peut obtenir beaucoup par une vie institutionnelle adaptée, dans des locaux prévus pour ce type de malades, les rassemblant par petits groupes relativement homogènes et leur permettant une vie communautaire, malgré leurs troubles, par l'inter-

médiaire d'une équipe entraînée à ce type d'actions et, il faut bien le dire, une utilisation des traitements psychotropes pouvant améliorer très sensiblement ces conduites.

Nous pensons donc qu'il s'agit d'une véritable sociothérapie institutionnelle, qui peut être pratiquée dans de nombreux lieux et pas exclusivement en psychogériatrie, mais qui, à l'inverse, ne trouve pas son application dans des services banalisés et uniformes, ne faisant que glorifier l'autonomie et la chambre individuelle pour des gens qui justement ne peuvent pas l'assumer. De même, il est illusoire d'espérer un bénéfice immédiat d'une seule consigne visant à la suppression la plus rapide possible des traitements psychotropes ou la promotion de certains projets de vie et d'établissement selon une version purement idyllique et ludique de l'existence en institution des personnes âgées malades (*cf.* tableau 3-3).

Tableau 3-3. *– Échelle d'hétéro-évaluation des perturbations activement pathologiques des activités instrumentales de la vie quotidienne*

I – Lors de l'utilisation du téléphone ou d'une alarme personnelle : *– Affole son entourage* *– Appelle SOS Médecins pour des motifs mineurs* *– Réveille son entourage* *– Multiplie les fausses urgences pathologiques* *– Appelle la police ou les pompiers à mauvais escient*
II – Lors des courses ménagères : *– Se trompe d'itinéraire* *– Ne sait plus quoi acheter* *– Se fait voler ou dépense sans compter*
III – Lors des repas : *– Accumule la nourriture ou les plateaux repas sans les consommer* *– Laisse la nourriture pourrir dans le réfrigérateur* *– Brûle les plats, se trompe de plaque chauffante ou laisse le gaz ouvert* *– Mange de façon déséquilibrée* *– Suit un régime qui ne convient pas à ses désordres métaboliques*
IV – Propreté de son logement : *– Accumule les sacs, les objets sales et inutiles* *– Remplit son logement de meubles qui encombrent et sont inadaptés à son propre usage* *– Ne parvient pas à obtenir la propreté* *– Garde les ordures ménagères* *– Chasse le personnel de ménage venant de l'extérieur en l'accusant de vol*
V – Propreté personnelle : *– Incapable d'assumer la propreté corporelle et celle de son linge* *– Refuse de se laver* *– Garde les mêmes affaires, sales, déchirées* *– Ne touche pas au linge propre*

Tableau 3-3. – *Échelle d'hétéro-évaluation des perturbations activement pathologiques des activités instrumentales de la vie quotidienne (suite)*

VI – Utilisation des transports pour ses déplacements : – Se confine peu à peu chez lui ou, à l'inverse, sort la nuit et le jour en négligeant les grands froids ou en pleine chaleur lors de grand soleil – Exige de se servir de sa voiture alors qu'il conduit de plus en plus mal ou qu'il présente des atteintes sensorielles évidentes. Fait des chutes répétitives à la maison, dans les escaliers ou dans ses déplacements à l'extérieur
VII – Lors de la prise de médicament : – Confond ses médicaments, les absorbants tous ensemble croyant les avoir déjà pris – Les accumule dans des boites ou sa pharmacie personnelle. Cela peut conduire à des intoxications par inadvertance et non à visée parasuicidaire
VIII – Gestion des finances : – Montre des signes d'avarice sans aucun rapport avec ses revenus réels (évoquant sans cesse la notion de ruine) ou dépense sans compter (utilise les euros au nom des francs ou même des anciens francs) – Perd son argent dans des endroits incongrus et ses chéquiers – Retire son argent à la banque sans utilité – Néglige ses factures et ses déclarations de revenus – Accuse l'entourage de le voler
IX – Lors des activités distractives ou de bricolage : – Se trompe grossièrement dans des bricolages qui n'atteignent pas leur but ou fait du jardinage sans suite – Arrête sans raison son activité et ne critique pas ses erreurs les plus manifestes – Arrête brusquement un passe temps favori sans donner de raison, ou après une erreur dangereuse ou incompréhensible
X – Lors du sommeil de nuit : – Le temps du sommeil n'est plus respecté, ni reposant, car la personne s'agite pendant la nuit, déambule, risque de tomber et appelle au secours – Lorsque la personne vit en couple, cela épuise gravement le conjoint. Si la personne vit seule, la situation empire rapidement, lorsque des hallucinations ou des bruits naturels inquiétants aggravent l'agitation et la font se sentir en danger

L'évolution de la loi de protection juridique des majeurs vulnérables (loi du 5 mars 2007)

La perte d'autonomie du sujet âgé entraîne parfois brutalement, mais le plus souvent de façon insidieuse, par l'installation d'une démence ou d'une encéphalopathie, la réduction des capacités antérieures. Les difficultés se traduisent alors dans la gestion du budget, le caractère judicieux des achats et les capacités à gérer les opérations administratives.

Assez souvent, le sujet âgé abandonne ses responsabilités sans s'en rendre compte, et apparemment, sans s'en inquiéter, parfois même en niant tout

problème! Plus souvent, il redoute toute la « paperasserie » et préfère l'accumuler sans l'ouvrir ou même la jette pour ne plus la voir. Les personnes âgées, sentant leur vulnérabilité, craignent de se faire escroquer, voler et violenter, ce qui ne fait qu'aggraver leur anxiété et le repli sur eux-mêmes. L'ensemble de ces éléments contribue à faire des sujets âgés des majeurs vulnérables. La nécessité de les aider et de les protéger a motivé l'évolution de la loi sur la protection juridique. Pourtant, les mesures de curatelle et de tutelle, par leur contexte légal et juridique, ne font que les inquiéter davantage.

Déjà la loi d'internement des malades mentaux de juin 1838 prévoyait que les aliénés ne pouvaient être admis dans les asiles consacrés au traitement des maladies mentales que par une mesure contrôlée par le préfet. Qu'il s'agisse du placement d'office (PO) ou du placement dit libre (PL). Ainsi il avait été jugé indispensable de protéger à la fois le malade pendant les soins mais aussi ses biens. De fait celui-ci n'avait plus la possibilité d'agir sur ses biens, lesquels étaient immédiatement protégés par un administrateur provisoire, nommé par la commission de surveillance de l'hôpital psychiatrique. Ce gestionnaire des patrimoines et revenus n'avait que des pouvoirs conservatoires qui s'éteignaient automatiquement dès la levée de l'internement.

Cette mesure n'était donc pas comparable à l'interdiction faite au sujet majeur (21 ans à cette époque) qui, par voie judiciaire, avait été reconnu porteur d'une altération durable de ses facultés de jugement. Ou encore à celui qui par sa prodigalité, son intempérance ou son oisiveté s'exposait à tomber dans le besoin ou compromettait l'exécution de ses obligations familiales.

La réforme du droit des incapables majeurs par la loi du 3 janvier 1968 a dissocié les mesures de protection des incapables majeurs des conditions de l'hospitalisation pour motif psychiatrique. Le fait qu'un malade puisse être dirigé vers un service de psychiatrie mais aussi de gérontologie, dans un CHU ou un hôpital général a participé à la banalisation des hospitalisations. Trois modalités de protection applicables aux intérêts civils seront prévues par la loi et resteront indépendantes des modalités du traitement médical. Que celui-ci se déroule à domicile ou à l'hôpital, qu'il y ait hospitalisation sous régime libre ou de contrainte.

– *La sauvegarde de justice :* peut se faire après saisine du procureur, avec ou sans nomination d'un mandataire spécial, dont le titre remplace celui de « l'administrateur provisoire » de l'hôpital psychiatrique dans l'ancienne loi.
– *La tutelle :* proche dans sa forme de l'ancienne « interdiction des majeurs ».
– *La curatelle :* qui rappelle le « conseil judiciaire ».

Dans tous les cas, le déclenchement de ces mesures de protection peut-être fait à la demande d'un proche du patient, d'un service social ou d'un

médecin traitant. On voit donc qu'il y a une possibilité d'extension de l'application de ces mesures bien au-delà des hospitalisations sous contrainte. Cette ouverture est particulièrement importante en ce qui concerne l'application aux personnes âgées, mais aussi aux handicapés physiques et sensoriels que le handicap empêche de faire connaître leur sentiment et leur volonté pour la gestion de leurs biens.

Rôle de l'expertise

C'est à l'expert psychiatrique ou gérontologique, inscrit sur une liste établie par le procureur de la République, que revient la tâche d'un bilan des troubles psychiques, des déficits cognitifs et des pertes d'autonomie que connaît l'adulte qu'il a à examiner. Mais il doit donner aussi un avis sur l'évolutivité des troubles et en particulier sur les possibilités de leur régression. C'est à lui aussi que revient le rôle d'informer le sujet sur le sens et les conséquences de la démarche entreprise, l'expertise n'étant pas une consultation gérontologique courante. Il lui faut également pouvoir s'appuyer sur des examens complémentaires et un diagnostic cognitif. Les résultats de la passation d'une échelle de type MMS devant être confirmés, dans certains cas, par un examen neuropsychologique spécialisé approfondi.

Une expertise doit apporter également des éléments relatifs à la connaissance du patrimoine et des revenus du sujet. En effet, il faut *a priori* mettre en rapport la situation de fortune du malade et ses capacités à la gérer. Parfois, pour le sujet âgé, c'est l'entourage, lorsqu'il connaît la situation et veut bien la décrire, qui oriente vers le genre de protection la plus appropriée. Nous reviendrons sur ce problème qui est d'une importance majeure, car c'est surtout là que peuvent se produire des abus du fait de proches intéressés.

Dans la loi de 1968 c'est le juge d'instance, dit juge des tutelles du tribunal d'instance, dont le patient dépend par le dernier domicile stable connu, qui peut ordonner une mesure d'incapacité protection. C'est lui aussi qui contrôlera la gestion et donc la qualité de cette protection. Le juge peut nommer un expert sur une liste agréée et faire prendre en charge cette expertise par le trésor public en cas d'insuffisance des ressources.

En définitive le juge des tutelles prononce un jugement, théoriquement en présence de l'intéressé, qui décide des mesures de nature à le protéger. Le tuteur ou le curateur sera nommé et rendra compte au juge de sa gestion.

Le bilan actuel de la mise en place des mesures de protection juridique des majeurs en incapacité de gestion (majeurs vulnérables)

Le bilan de la situation actuelle des mesures de protection juridique montre que leur nombre a doublé en trente ans. Elles touchent en 2007 entre 700 000 et 800 000 personnes alors même qu'elle concernait avant 1968 pour l'essentiel des patients internés, soit au plus 100 000 malades.

Aujourd'hui la majorité de ces mesures concernent des personnes âgées vivant à domicile ou en maison de retraite.

Cette croissance est due, pour l'essentiel, au vieillissement de la population et à son corollaire, les démences de type Alzheimer.

Il faut insister sur l'hétérogénéité du groupe des majeurs pouvant relever d'une mesure de protection du fait d'incapacité :

1. Les mineurs handicapés mentaux avec déficit intellectuel et/ou sensoriel arrivant à l'âge adulte. Ceux-ci ne peuvent devenir majeurs au sens de la capacité à gérer et exercer des responsabilités civiles. Dans leur cas le fait de percevoir l'allocation adulte handicapé ou de travailler dans un CAT pose la question de leur degré d'autonomie et de la nécessité du maintien de la tutelle parentale. Ultérieurement se poseront les questions liées au décès des parents et du vieillissement du handicapé. La mise en place de nouvelles mesures de protection s'imposera alors.

2. Les majeurs présentant des troubles mentaux révélés à l'âge adulte. La maladie entraînant à la fois des troubles du comportement social, des incapacités à une insertion professionnelle continue, des hospitalisations répétées et une grande difficulté à gérer effectivement des revenus ou un héritage.

3. Les majeurs âgés que l'on peut éventuellement qualifier de « devenus vulnérables ».

   a. Même si les démences diverses forment l'essentiel des causes de cette vulnérabilité, on remarque qu'il est possible aussi que l'incapacité parfois irréversible, soit liée à une maladie mentale de survenue tardive (maladie bipolaire tardive, dépression ou mélancolie durable).

   b. Il peut s'agir aussi d'un déficit cérébral vasculaire, hémiplégie, aphasie avec des troubles sensoriels graves.

4. Enfin les majeurs touchés par des démences frontales avec troubles comportementaux et dysexécutifs prédominants sur les troubles mnésiques. Nous envisagerons les caractéristiques très spéciales de ces formes surtout lorsqu'elles surviennent avant 65 ans alors que le sujet a encore des responsabilités socioprofessionnelles notables.

Les critiques apportées aux mises sous tutelle ou curatelle et la réforme de la loi du 5 mars 2007

Si la loi de 1838 était une mesure de protection et de soins visant à protéger l'aliéné avec l'espoir de le soigner, les protestations à son égard visaient surtout à « dénoncer » les internements abusifs puis les applications de traitements non acceptés. Pourtant, la loi réformant la situation des incapables majeurs de 1968 n'a pas fait cesser ces protestations. Sur près de 800 000 cas, le nombre des abus est sans doute minime. Mais les erreurs ou les détournements de la loi sont toujours possibles. L'inadaptation des

contrôles et l'existence certes exceptionnelle d'actes délictueux d'appropriation doivent être prises en compte.
Cependant la façon dont la presse en fait l'écho « *mise sous tutelle, les risques d'une mesure abusive* » ne doit pas faire oublier que dans l'immense majorité des cas, il s'agit réellement d'une mesure de protection indispensable et prise après de nombreuses précautions avec des moyens de recours.
La loi du 5 mars 2007 « *portant réforme de la protection juridique des majeurs* » a été établie 40 ans après la première réforme du 3 janvier 1968. Elle a été élaborée avec la collaboration des associations des familles, des professionnels et du médiateur de la République. Elle doit entrer en vigueur le 1er janvier 2009 et comportera deux mesures nouvelles :

1. La mesure dite « **d'accompagnement social personnalisé** ». Il s'agit d'un contrat d'une durée de six mois à deux ans renouvelable (jusqu'à 4 ans), par lequel le majeur autorise le département à percevoir ses prestations sociales en vue de les affecter en priorité au paiement des loyers et des charges locatives. On y voit la tentative de moderniser la tutelle aux prestations sociales en vue de faciliter la vie autonome des patients stabilisés avec l'espoir de voir respecter ce contrat, outil d'un apprentissage à une autonomie de mieux en mieux responsabilisée.
2. **Le mandat de protection future** intéresse plus les personnes adultes âgées qui prévoient la possibilité de perdre leurs capacités à décider valablement ou à exprimer leur volonté. Ils ont ainsi la faculté de donner mandat à un ou à plusieurs tiers, de les représenter lorsqu'ils ne seront plus en état d'exprimer leur volonté. Le mandat pouvant être général ou spécial (quand l'acte en question aura été prévu). Le mandat est rédigé sous seing privé ou sous forme notariée. Il produira ses effets après présentation par le mandataire au greffier du tribunal d'instance d'un certificat rédigé par un médecin (expert inscrit sur une liste spéciale) attestant de l'état du mandant. Il peut prendre fin après le rétablissement des facultés personnelles du mandant lorsqu'il est médicalement constaté.

En fait le législateur espère que cette mesure rendra moins pénible pour l'entourage et la personne elle-même la décision du juge.
Cependant, le fait d'écarter le médecin traitant de la phase initiale nous paraît regrettable. Même si celui-ci pourra être consulté secondairement par l'expert. On peut penser que son rôle aurait pu être au contraire renforcé. Car de fait, il est souvent le témoin privilégié des situations difficiles à domicile et en famille.
En ce qui concerne la notion de famille il a été prévu une notable extension, prenant véritablement en compte les réalités sociologiques actuelles en l'étendant par exemple à un concubin et même à « *une personne entretenant avec le majeur des liens étroits et stables* ».
Il est à noter que l'on voit également augmenter les problèmes liés aux désaccords entre ces personnes entraînant parfois diverses maltraitances des sujets âgés. On connaît la prédominance de ces violences au sein des

familles élargies (près de 60 % des cas signalés à SOS maltraitance). Nous soulignerons aussi l'instabilité de l'avis des personnes âgées sur leur entourage et les perturbations caractérielles provoquées dans certains cas par une démence latente.

L'anosognosie (Alzheimer ou non) va rendre particulièrement difficile la volonté du législateur pour que le majeur protégé « *prenne seul les décisions relatives à sa personne si son état le permet* » :

- Choisir le lieu de sa résidence, son logement et ses objets personnels;
- Organiser librement ses relations avec sa famille et les tiers;
- C'est l'expert (médecin inscrit) qui établira le certificat nécessaire pour disposer du logement du majeur protégé lorsque l'intéressé doit être accueilli dans une institution.

C'est ainsi que seront rénovés les anciens modes de protection par suite des modifications générales que nous venons d'envisager.

La sauvegarde de justice

Elle est confirmée dans la mesure où elle est provisoire (moins d'un an) et comporte la possibilité de confier au mandataire l'accomplissement d'un acte urgent et nécessaire sur les biens du majeur alors que celui-ci ne peut y procéder du fait d'une indisponibilité provisoire.

Curatelle et tutelle

Elles ne sont pas modifiées en essence.

- Mais elles ne sont prononcées que pour des durées de 5 ans (quitte à être renouvelées).
- La surveillance générale de ces mesures de protection est placée sous l'autorité du procureur de la République.
- Le certificat du médecin traitant n'est plus exigé pour le déclenchement de la mesure.
- Le juge des tutelles perd la possibilité de se saisir d'office et ne désigne plus de ce fait par ordonnance le médecin inscrit (expert) évaluant l'état du patient.
- On cherche toujours à ce que le majeur protégé soit averti des missions dévolues au curateur/tuteur ou mandataire judiciaire
- La préférence reste donnée à un membre de la famille (étendue aux personnes ayant des liens étroits et stables). Mais il est très peu fait état des nouvelles initiatives possibles en matière de tutelle à la personne et du maintien des volontés du majeur protégé lui-même.

Mais dans quelles conditions seront gérés les conflits intrafamiliaux et les accusations à l'encontre du tuteur ou curateur ?

Un couple âgé, dont les partenaires présentent des troubles bilatéraux mais non symétriques, posera toujours des difficultés.

www.facebook.com/Psyebook

En somme malgré les quelques points novateurs apportées par la nouvelle loi, il faut bien reconnaître l'utilité des anciennes mesures qui visaient à protéger le majeur devenu incapable de prévoir objectivement les mesures permettant de compenser sa détérioration intellectuelle et de gérer les éléments de sa vie civile et financière.

QUELQUES NOTIONS SÉMIOLOGIQUES ET SYNDROMIQUES SPÉCIFIQUES À L'ÂGÉ

Nous voudrions aborder quelques points de la sémiologie courante (et en apparence bien connue par sa banalité même), notamment la sémiologie plus particulière aux personnes âgées. Bien entendu, un tel rappel ne peut être exhaustif, mais au moins tente-t-il de porter l'accent sur l'abord le plus spécifique de la psychopathologie de l'âgé et de l'importance qu'y prend la sémiologie à expression primitivement somatique.

Tentatives et suicides

Le suicide

C'est un comportement effectivement adopté, bien que rarement en fait, par la personne âgée pour mettre fin à ses jours. C'est quantitativement un phénomène très rare au sein d'une population dont la mortalité est globalement importante, mais le suicide est suffisamment marquant pour chacun de nous par le témoignage indirect qu'il représente des misères de la vieillesse.

Il existe en France une nette croissance du nombre des suicides, passés de 9 000 en 1977 à 12 000 en 1983. Le taux de suicide, qui était resté stable de 1950 à 1976 autour de 15,5/100 000 habitants, est passé maintenant aux alentours de 20/100 000.

Chez les hommes (où le taux est trois fois plus élevé que chez les femmes), ce taux moyen passe de 19/100 000 sujets entre 20 et 25 ans à 57/100 000 sujets entre 70 et 75 ans. Le taux le plus élevé de suicides est constaté chez les veufs, puis chez les célibataires, puis les divorcés et enfin chez les hommes mariés (qui se suicident cinq fois moins que les veufs).

Pour les femmes, le statut matrimonial est moins déterminant. Cependant, les veuves se suicident deux fois plus que les femmes mariées.

Pour les deux sexes, la fréquence des suicides est plus forte en milieu rural. C'est dire que les méthodes visant à favoriser une vie sociale chez les personnes âgées peuvent être considérées comme une véritable thérapeutique préventive.

La survenue d'un suicide, en particulier par méthode violente et radicale, surprend et culpabilise très souvent l'entourage ou même le voisinage,

parfois y compris le médecin généraliste qui prenait soin de son patient et qui n'avait pas vu venir spécialement chez lui les signes annonciateurs.
Une des formes possibles de suicide, et assez spécifique à l'âgé, est le suicide concerté d'un vieux couple ou le suicide délibéré, parfois dit philosophique, d'un vieillard devant les amoindrissements de l'âge et qui pourrait, selon certains, se produire en l'absence de tout tableau dépressif avéré.

Les tentatives de suicide

Encore plus qu'à d'autres âges, la frontière entre le suicide et la tentative est aléatoire, du moins en ce qui concerne les intentions.
En effet, le rapport numérique entre les deux conduites suicidaires se réduit à mesure que l'âge avance. Chez la femme, avant 25 ans, on dénombre un suicide pour 160 tentatives, alors qu'après 65 ans, il y a un suicide pour 3 tentatives seulement. Chez l'homme, la marge est encore plus étroite, de l'ordre d'un suicide pour 1,2 tentative. C'est dire combien toute conduite suicidaire, même vécue par l'entourage comme un chantage, est en fait dangereuse. En dehors même des tentatives très violentes, sûrement mortelles, il est vrai que le vieillard, faible physiologiquement, risque par toute tentative, même limitée et maladroite, de mettre fin à sa vie, qu'il s'agisse d'une prise médicamenteuse excessive ou de la provocation volontaire d'un traumatisme ou d'une chute.
Parallèlement à la notion de chantage et de conduite hystériforme, une tentative de suicide ou des tentatives répétitives doivent bien être comprises comme un appel à l'entourage et en général un souhait de réaménagement des relations sociales et affectives.

Sémiologie

Les tentatives de suicide prennent très fréquemment la forme d'une prise médicamenteuse impulsive. Il peut s'y associer un acte auto-agressif, phlébotomie, plaie ou déchirure cutanée, tentative limitée d'étranglement ou même tout simplement chute.
La plupart des enquêtes montrent que les tentatives de suicide prédominent 3 fois sur 4 chez la femme de plus de 65 ans et se produisent surtout au printemps et en automne. Chez l'homme, nous l'avons vu, elles sont plus rares et se produisent à un âge en moyenne plus élevé, autour de 80 ans, le rôle du veuvage étant très important. Dans les deux sexes, les tentatives de suicide sont plus rares en institution qu'au domicile personnel ou au domicile de la famille.
Il faut insister sur le fait que le tableau pathologique associé du suicidant est rarement désert, mais qu'en règle générale il est difficile de retrouver de telles affections, particulièrement suicidogènes, parce qu'elles seraient spécialement douloureuses ou handicapantes et qu'elles entraîneraient de façon très évidente une conduite suicidaire. De telles constatations cou-

rantes contredisent souvent l'opinion selon laquelle un vieillard ne pourra jamais supporter sa propre déchéance et qu'il a toutes les raisons de désirer mourir et d'attenter à ses jours. Ceci est bien plus souvent un discours de personnes adultes mûres ou très jeunes qui se projettent de cette façon dans le futur qu'elles redoutent.

Étiologie

Il faut insister sur la fréquence des *syndromes dépressifs* qui passent encore assez souvent *inaperçus* chez la personne âgée.

Assez souvent, à telle ou telle occasion, celle-ci a pu signaler son intention récente de mettre fin à ses jours, son dégoût de la vie, son attirance et sa peur de la mort. Certes, de telles paroles peuvent exister chez le vieillard apparemment normal, mais ce qui est important, c'est de voir la fréquence avec laquelle ces phrases s'associent aux éléments classiques de la dépression. De plus, assez fréquemment, on retrouve chez ces gens des épisodes dépressifs antérieurs, et pas toujours à la suite de difficultés personnelles particulières.

Les tentatives de suicide ne sont pas toujours le fait des états dépressifs les plus graves, mélancoliques, mais parfois de syndromes d'intensité moyenne pouvant passer inaperçus ou faisant peut-être l'objet d'un traitement inadéquat ou insuffisant. On insistera sur le fait qu'un syndrome dépressif dépisté, d'intensité moyenne, associé à l'isolement, ne peut être soigné de façon sérieuse sans une prise en charge très étroite et difficilement compatible avec la prolongation du séjour à domicile. Malgré les protestations de la personne elle-même qui désire qu'on la laisse tranquille, qu'on la laisse mourir en paix, malgré parfois les conseils de la famille, il faut savoir proposer l'hospitalisation avant que ne se produise un épisode véritablement grave. Assez souvent, on voit que les médecins généralistes utilisent le biais d'un problème somatique plus ou moins important, tel qu'une poussée d'hypertension artérielle, des troubles digestifs ou des troubles urinaires pour conseiller effectivement l'hospitalisation au patient. Dans ces cas, c'est au lieu d'accueil de l'urgence et dans les services médicaux ou chirurgicaux de savoir reconnaître le tableau d'une dépression masquée.

Il est possible d'isoler également les tentatives de suicide survenant en *réaction à des situations de crise*; celles-ci entraînent fréquemment chez le vieillard un état dit de désarroi, parfois même de panique, non en rapport avec les éléments déclenchants.

Il est plus rare qu'un tel événement traumatisant ait entraîné un épisode de confusion mentale et qu'il ait pu s'accompagner d'une tentative de suicide plus ou moins délibérée.

Les tentatives de suicide surviennent parfois à l'occasion d'un *délire surtout à thème persécutif*. La tentative peut s'expliquer comme une véritable fuite

devant les dangers qui assaillent le sujet; parfois même la crainte d'être adressé en psychiatrie et de passer pour fou vient aggraver la situation.

Certaines tentatives de suicide se font en *réaction à des maladies handicapantes* diminuant en général brutalement les capacités d'un sujet antérieurement bien portant et qui faisait l'admiration de tous (cécité, hémiplégie, aphasie), ou bien il peut s'agir de la révélation d'une maladie dont le mauvais pronostic est connu ou a été plus ou moins expliqué au sujet (cancer, leucémie). Une telle conduite n'est bien entendu en rien la règle, elle ne se produit pas obligatoirement dans des circonstances rationnelles et n'est pas le seul mécanisme de réaction à l'annonce d'une maladie mettant en cause la vie du sujet.

Il faut insister sur le fait que, même dans ce cas, l'annonce de la maladie et son retentissement douloureux s'associent au développement d'un syndrome dépressif pour expliquer valablement la décompensation que provoque l'annonce de la mauvaise nouvelle.

Hallucinose visuelle

Il s'agit d'une perception visuelle sans objet réel correspondant, mais se composant parfois à partir de la transformation d'un objet existant. La distinction par rapport aux hallucinations est que la conviction n'est pas complète. En fait, cette notion est souvent floue, difficile à affirmer chez un vieillard qui apparaît réticent sur ces sujets. On peut parler d'hallucinose lorsque l'interprétation des images perçues est fluctuante et parfois dubitative.

Cette perception visuelle comporte parfois la projection de figures géométriques (arabesques, filets, motifs répétitifs) ou de visions colorées et décoratives représentant des fleurs ou des personnages sur les murs de la chambre, là où se pose le regard.

Parfois, la conscience du sujet est tout à fait vigile et il témoigne de sa sensation d'assister à un spectacle. Dans d'autres cas, les visions surviennent à la tombée du jour, en cas de faible éclairage et de baisse de la vigilance. La conviction du sujet peut être fluctuante, entraînant la transformation d'objets réels extérieurs pour être finalement emporté par la vivacité de ce qu'il voit.

On note cependant que l'anxiété est rarement intense en cas d'hallucinose et que le phénomène ne s'inscrit pas dans un délire interprétatif construit. Il est possible cependant d'entendre le patient parler de ses visions sous la forme dubitative « les hommes sont venus » ou « ils sont passés » avec un minimum de commentaires au sujet des contradictions possibles.

Il est important de découvrir que ces phénomènes hallucinosiques surviennent surtout chez les personnes âgées présentant une atteinte cérébrosensorielle d'origine vasculaire.

Chez les *ophtalmopathes*, c'est-à-dire chez les personnes âgées porteurs de cataractes, de décollements de rétine et surtout de rétinite, c'est ce que l'on dénomme le syndrome de Bonnet. On notera que ces phénomènes se produisaient fréquemment dans les suites d'une intervention ophtalmologique qui était alors beaucoup moins bien maîtrisée et bien plus traumatisante. C'est ce que l'on appelait naguère « le délire du bandeau », associé parfois à une bouffée de confusion mentale et d'agitation qui pouvait être dangereuse pour le résultat de l'intervention alors on exigeait une immobilité complète et prolongée de l'opéré.

Il peut se produire de tels phénomènes en cas d'*atteinte des voies optiques* ou des centres perceptifs visuels :

– on peut citer l'apparition d'hallucinations dans le champ de l'atteinte hémianopsique ;

– en cas de cécité centrale par atteinte occipitale.

En cas de *lésion cérébrale extra-optique :* c'est Lhermitte et Stenvers qui en 1922 ont décrit de tels phénomènes chez les malades atteints de lésions du tronc cérébral, d'où le terme d'hallucinose pédonculaire, qui est trop employé par rapport aux cas effectivement retrouvés et prouvés.

Le plus souvent il existe une atteinte cérébrale cognitive, plus ou moins latente comme au cours de la maladie de Parkinson à l'occasion d'une insuffisance vasculaire cérébrale, ou lors d'une démence de type Alzheimer et qui pourrait correspondre à une forme particulière au moins anatomo-pathologique, c'est-à-dire « la démence à corps de Lewy ». Les corps de Lewy décrits depuis 1912 dans la maladie de Parkinson en association avec une perte des neurones dopaminergiques seraient ici présents dans le tronc cérébral, les régions sous-corticales et éventuellement limbique. Nous traiterons de la délimitation clinique de cette forme de démence dans le chapitre correspondant.

Délire de négation

C'est un délire qui se caractérise par la négation absurde, déraisonnable, d'un élément de la vie réelle.

Il n'est pas toujours évident que la personne âgée en fasse clairement mention d'emblée. Il faut surtout soigneusement écouter son discours et, à l'aide de questions, rechercher les précisions nécessaires.

Le thème le plus fréquemment en cause est un délire de négation hypocondriaque, fixé sur les organes. Il fait partie alors du syndrome de Cotard. Chez la personne âgée, ce syndrome intéresse spécifiquement les fonctions de nutrition et de digestion. Il se traduit par des préoccupations envahissantes à propos de la constipation, puis la sensation d'être bouchée, puisque les aliments ne passent plus, l'œsophage est bloqué, l'estomac rétréci ne fonctionne pas, donc ne digère plus. Le patient refuse alors les aliments ;

même s'il finit par céder aux sollicitations de l'entourage, la réalité ne le convainc pas qu'il a pu avaler la boisson et la nourriture qui, d'après lui, restent bloquées dans l'œsophage ou même, croit-il, ne sont pas digérées dans l'estomac, ou, sinon restent bloquées dans l'intestin, comme en témoigne la constipation. Il arrive dans ces cas que la défécation soit niée ou minimisée.

On ne s'étonnera pas de voir ces formes délirantes a minima soumises à des explorations médicales diverses : fibroscopie, lavement baryté, transit gastro-duodénal. Devant la négativité de ces explorations et la persistance des plaintes, il faut être très attentif au contexte psychologique de l'expression de ces plaintes :

– de beaucoup le plus fréquemment en cause est un contexte dépressif ou même mélancolique, avec la négation du fonctionnement des organes plus que celle de leur existence même ;

– plus tardivement, la tristesse, un refus de l'existence, une certitude de l'impossibilité de guérir, s'associent à une sensation de mort imminente ou de mort effective. Il est donc encore très important de prendre conscience de cette dimension thymique dépressive plus ou moins évidente et qui conditionne les possibilités thérapeutiques, la reprise de l'appétit et la disparition des idées mélancoliques ;

– dans d'autres cas, les éléments délirants s'intègrent dans des thèmes de plus en plus extensifs, négation du corps, analgésie, damnation et même immortalité. Ces formes étranges résistent souvent à la chimiothérapie ; elles sont compatibles avec le diagnostic de délire chronique de type paraphrénique.

Mémoire, explorations neurologiques et troubles de la mémoire

La mémoire est une fonction essentielle à l'être humain, indissolublement liée à l'apprentissage, au langage et à la pensée. Mais cette fonction est aussi étroitement impliquée dans les sentiments et les émotions, ce qui est fondamental tant pour notre vie affective la plus intime que pour la vie publique et sociale. C'est un système complexe et les diverses approches que l'on peut en faire font appel à des perspectives théoriques distinctes et répondent à des situations psychopathologiques bien différentes.

L'approche psychanalytique suppose un travail de mémoration effectué à l'occasion du transfert. Mais cette approche du fait mnésique est plutôt centrée sur les oublis considérés sur le plan du mécanisme du refoulement, alors même que le retour du refoulé, dans le cadre de l'association libre ou du rêve, démontrerait la nature intemporelle de l'inconscient rapprochant les situations les plus éloignées dans le temps. À l'inverse, cette approche donne un rôle essentiel aux pulsions et aux émotions affectives tant dans le présent que dans le passé le plus ancien.

De son côté, au sujet des amnésies et des démences, la clinique psychogériatrique nous a amenés, dans ces dernières années, à accroître le lien avec la neuropsychologie, et à prendre en compte, à l'occasion de la plainte mémoire, toutes les défections objectives de la fonction mnésique devenues perceptibles grâce aux précisions apportées par l'examen neuropsychologique.

Pourtant, il apparaît de fait très délicat de faire correspondre les tests psychologiques visant à explorer et à quantifier les déficits mnésiques, dans le cadre d'une pathologie cérébrale identifiée, et les grandes fonctions mnésiques explorées chez le sujet sain.

Il reste cependant beaucoup à faire pour mieux comprendre la mémoire, sous toutes ses facettes, ce que cherche à cerner un vocabulaire ardu et évolutif.

Mémoire autobiographique (mémoire rétrograde)

C'est celle qui permet à chaque individu de conserver les traces mnésiques de son passé propre.

Depuis longtemps il a été constaté que les souvenirs anciens sont mieux conservés chez le sujet âgé, que les souvenirs récents, plus fragiles, ce que T. Ribot (1881) a appelé le « Gradient temporel ». En tout cas, l'exposé de ces souvenirs s'exprime par la mémoire déclarative, dans la mesure où nous utilisons le langage pour en témoigner.

La mémoire autobiographique représente un ensemble d'informations et de souvenirs personnels d'un individu depuis son enfance jusqu'au moment où nous l'interrogeons. Mais elle se compose d'un tel foisonnement de données, s'accumulant et s'effaçant avec le temps, que la tâche visant à l'explorer est potentiellement infinie et fort difficile à objectiver (Piolino, 2003 et 2006).

Au sein de cette autobiographie déclarative, on a pu proposer de distinguer deux systèmes qui en réalité se mélangent et qui peuvent être explorés de façon différente, correspondant à des conséquences cliniques distinctes en matière de déficit mnésique.

Nous signalerons cependant, au fur et à mesure de la description de chacune des fonctions considérées, les tests neuropsychologiques qui peuvent le plus clairement y être rattachés.

❐ Mémoire épisodique

Elle se définit comme le système d'enregistrement et de stockage des événements que nous vivons au fur et à mesure de notre vie et que nous découpons activement en épisodes distincts alors que nous les avons vécus dans un contexte spatio-temporel bien délimité. Cette mémoire ne se limite pas au fait brut, elle s'associe aux pensées qui nous mouvaient et à nos sentiments d'alors. C'est ainsi que le récit de l'épisode est apte à faire ressurgir les émotions qui l'accompagnaient, mêlées d'une tonalité particulière dite

nostalgique : « c'était le bon temps… », ou « j'étais heureux », ou bien « j'ai eu peur, mais j'étais jeune ».

C'est aussi pourquoi cette mémoire est difficile à apprécier par des tests neuropsychologiques. A l'examen clinique en revanche, on peut tenter d'apprécier la richesse de la mémoire épisodique, mais sa validité est surtout corroborée par le témoignage de l'entourage. Lorsque les proches sont suffisamment attentifs, ils peuvent percevoir, à un stade relativement précoce d'une démence, les cas où la mémoire épisodique s'appauvrit puis se délite.

Mais il est possible de repérer cliniquement d'autres phénomènes pathologiques tels que les fabulations, les confusions et les contradictions importantes avec le contexte spatio-temporel, confirmant que la mémoire autobiographique, indissociable de la juste appréciation de l'environnement, n'est pas indéfiniment conservée intacte.

Il en est de même lorsque le sujet dément perd la notion de son identité, de celles de ses proches, des personnes qui ont compté pour lui (prosopagnosie) ou d'événements importants : mariage, enfants, métier antérieurement exercé. On rattache cette question à une fonction spécifique dite de « familiarité » : des visages, des personnes et des objets que l'on retrouve dans les « délires d'identification » (*delusional misidentification syndrom*).

Néanmoins, il est aussi très difficile de faire un bilan objectif de la mémoire épisodique par des tests neuropsychologiques spécifiques. Et c'est par une approximation de nécessité expérimentale que le test de Gröber et Buschke est considéré comme un épisode d'apprentissage lors d'une épreuve de mémoire indicée. En fait, lors d'un tel épisode, on se limite artificiellement aux aspects temporo-spatiaux du test, alors que le contexte émotionnel est souvent très pauvre.

❐ Mémoire sémantique

La mémoire sémantique comporte les mots, l'expression des idées, des concepts et des connaissances générales sur le monde, indépendantes de ce que le sujet a vécu au moment même de l'épisode. Ainsi, connaître son lieu et sa date de naissance est autre chose qu'avoir un souvenir de sa petite enfance. Le sujet peut parfaitement n'avoir aucun souvenir de sa vie, dans un pays où il a passé sa petite enfance. La mémoire sémantique est donc un savoir qui peut coïncider avec un épisode vécu, mais qui a pu être acquis beaucoup plus tardivement.

On comprend que cette distinction peut apparaître comme spécieuse tant elle insiste sur les différentes notions qui contribuent à la mémoire autobiographique. On voit aussi comme elle apparaît très difficile à démêler, et surtout à vérifier, dans des récits tardifs.

Il faut en effet ajouter à ces notions le « travail permanent de mémoire » : processus de consolidation favorisé par la répétition personnelle ou externe des épisodes essentiels de cette autobiographie, l'oubli continuel d'autres épisodes

et un processus lent de structuration par abstraction et généralisation qui semble permettre l'accession aux souvenirs par thèmes. C'est dire que l'accès à ces faits de mémoire apparaît comme de plus en plus d'ordre sémantique.

On rappellera que ces différents types de mémoire ne se définissent pas seulement à partir :

– des tests qui sont élaborés en vue de les explorer;

– ou des formes cliniques qui permettent d'isoler certains exemples pathologiques tels que celui de la très rare démence sémantique.

Mémoire antérograde

C'est la capacité d'acquérir, au fur et à mesure de l'écoulement du temps, la mémorisation de ce qui se déroule :

– soit que le sujet cherche directement à apprendre de nouvelles informations (mémoire explicite) : faits généraux auxquels il s'intéresse; faits didactiques qu'il faut lui inculquer. Les épreuves visant à explorer, épreuves que nous exposerons ci-dessous, font appel à des processus conscients et actifs de récupération d'informations ou d'expériences antérieures;

– soit que ces données s'organisent sans que le sujet en ait claire conscience et volonté délibérée (mémoire implicite). Les épreuves visant à l'explorer font appel à des situations d'amorçage de la mémoire avec l'idée que la répétition de l'épreuve, facilite le traitement de cette information à l'insu du sujet.

Ceci se produit chez le sujet sain, même s'il n'a pas été incité à retenir la situation d'amorçage. Mais elle se produit aussi chez l'amnésique qui, lui, ne se souvient pas explicitement d'avoir subi l'amorçage.

❒ Mémoire explicite

• Mémoire à court terme

Elle comporte les capacités d'apprentissage et de rappel immédiat d'un matériel nouveau qui peut être exploré :

– selon la nature du message :
  - verbal, objet ou image d'objet, de mot, etc.;

– selon sa nature sensorielle :
  - message auditif,
  - message visuel,
  - tâche à accomplir.

Elle est fortement influencée par les capacités de vigilance et d'attention spécifique.

Elle est immédiatement évaluée par la demande de répétitions :

– Empan digital (6 à 8 chiffres);

– Listes de mots d'usage courant (7 mots).

• Mémoire de travail

C'est une mémoire primaire permettant d'utiliser à court terme (quelques secondes ou minutes) une petite quantité d'informations nouvelles qui seront facilement accessibles afin de les utiliser lors d'opérations cognitives immédiates : stockage temporaire, verbal, numérique et informations visuo-spatiales nécessaires pour obtenir des résultats immédiats mais aussi afin de prendre des décisions visant à s'adapter à une situation nouvelle par exemple plus dangereuse.

Tests neuropsychologiques. – Les tests qui veulent en rendre compte utilisent des tâches « d'empan » : le testeur présente des séries d'items, chiffres, mots, ou même localisation spatiale qu'il faut restituer dans l'ordre direct puis en ordre inverse. On peut complexifier le test par un rappel après interférence ou avec des consignes d'inhibition face à une situation où la réponse prévue n'est pas pertinente :

– l'empan digital inverse (le travail consiste en une répétition en ordre inverse);

– l'épellation d'un mot en ordre inverse;

– la restitution de trois consonnes après une interférence.

• Processus mnésique de l'encodage avec restitution rapide puis retardée

Cette phase de l'engrammation de l'information reçue puis de son utilisation peut s'explorer en testant les capacités d'apprentissage d'un matériel nouveau, en étudiant la restitution de l'information apprise volontairement, en s'aidant d'indices facilitateurs et en utilisant secondairement, si besoin, l'indice en question. C'est cette méthode qui est employée dans les tests suivants :

– une forme ultra rapide dite « épreuve des 5 mots », proposée par Dubois et coll., utilise une série de 5 mots, appartenant à des catégories sémantiques différentes, pour faciliter le rappel différé (interrompu par une autre tâche), on emploie l'indice catégoriel;

– une épreuve très complète et spécialisée dite le test de Gröber et Buschke :

Le test de mémoire proposé par les auteurs Gröber et Buschke permet de rendre compte des capacités d'encodage, de stockage et de récupération mnésique d'un sujet concernant du matériel verbal. Le profil des résultats obtenus permet notamment de différencier des profils mnésiques dit corticaux ou sous-corticaux.

La passation se fait en plusieurs temps :

– planches de 4 mots, chacune étant présentées au patient pour identification avec rappel immédiat sur indiçage;

– vient ensuite un rappel libre, suivi d'un rappel indicé pour les mots non rapportés en rappel libre;

– cette procédure sera renouvelée trois fois en tout avec une tâche interférente (comptage à rebours) entre chaque;

– à la fin du 3[e] rappel, une tâche de reconnaissance est proposée au patient. Celle-ci permet de constater les non reconnaissances et les fausses reconnaissances associées ou non sémantiquement;

– environ 20 minutes après l'épreuve de reconnaissance, un rappel différé, libre et indicé est demandé.

Il est recommandé de ne pas proposer d'autres épreuves faisant appel à du matériel verbal pendant ce temps, afin d'éviter au maximum les interférences.

La cotation comportera la somme des trois rappels libres dont le maximum possible est de 48, c'est-à-dire le score des trois rappels indicés (un score pathologique est envisageable en dessous d'un score de 44).

Puis on évaluera le score de l'épreuve de reconnaissance, en calculant le nombre d'items cibles reconnus et le nombre de fausses reconnaissances des distracteurs sémantiques ou neutres.

L'intérêt d'étudier le rôle de l'indiçage, par rapport au rappel immédiat libre, est de pointer les formes de plainte mnésique, lorsque le rappel libre est faible mais que l'indiçage est efficace surtout :

– dans le vieillissement cérébral physiologique;

– dans les syndromes anxiodépressifs;

– et dans les déficits cognitifs frontaux.

Quant aux syndromes type Alzheimer, ils ne bénéficient pas d'amélioration d'indices catégoriels, ni aux rappels ultérieurs. De plus, il se produit des intrusions extra-liste.

❒ Mémoire implicite

Elle concerne essentiellement la mémoire procédurale. C'est la mémoire qui entre en jeu en particulier dans les apprentissages et qui intervient dans les compétences techniques acquises dans le passé et souvent perfectionnées au cours du temps. Ce renforcement automatique lui permet de fonctionner sans effort de volonté consciente. C'est une forme de mémoire implicite bien plus solide que la mémoire déclarative. Elle pourra être cependant perturbée dans les atteintes cérébrales et démentielles avancées. Elle se confond par exemple avec certaines apraxies, comme l'apraxie de l'habillage, et explique des erreurs dans les procédures automatiques les plus courantes de la vie quotidienne : fermer sa porte, tous les verrous et ranger les clés; allumer le gaz ou l'électricité pour faire chauffer le repas.

On sait bien que l'acquisition d'une procédure nouvelle est d'une grande difficulté chez la personne âgée. Mais tant qu'il n'y a pas de lésion cérébrale, on note surtout un ralentissement du processus, lequel demeure intact si la volonté existe. A l'inverse, toute perturbation d'un automatisme déjà acquis met en évidence une difficulté particulière à s'adapter à une modification imprévue, ce que peuvent expliquer des troubles inauguraux des conduites révélant une démence.

Différentes épreuves ont été mises au point dans le but de mettre en évidence une mémoire implicite qui pourrait être préservée chez certains amnésiques.
1. Apprentissage de nouvelles procédures perceptivomotrices.
Lectures en miroir, poursuite d'une cible qui peuvent être apprises même par des patients Alzheimer.
2. Mise en situations d'amorçage par répétition. Les performances des malades Alzheimer sont extrêmement variables dans les épreuves de complètement de mots. De fait la mémoire implicite peut être préservée chez certains.

Ictus amnésique

C'est un trouble massif de la mémoire, survenant brutalement et laissant le sujet apte pendant toute sa durée à poursuivre l'activité qu'il avait entreprise, mais sans en garder le moindre souvenir. Les personnes qui assistent à l'épisode peuvent très bien ne pas se rendre compte d'une quelconque perturbation et, en tout cas, témoigner de ce que le sujet garde une bonne vigilance, une conscience apparemment normale et des possibilités intellectuelles qui lui permettent de réaliser des gestes élaborés; le langage et l'orientation spatiale sont souvent complètement conservés. Il a été proposé de nommer un tel épisode « éclipse amnésique » ou amnésie globale transitoire idiopathique.

Sémiologie

L'ictus amnésique survient chez un sujet âgé de 50 à 70 ans, habituellement sans contexte pathologique majeur et de façon brutale, inattendue, souvent isolée, d'autant qu'il se produit rarement de façon répétitive.
Il existe pourtant des circonstances déclenchantes dont la plus fréquente est un choc affectif avec retentissement émotif persistant au moment de l'épisode. On a pu noter qu'il s'agit souvent de sujets actifs, surmenés au moment de l'épisode, pouvant avoir eu des causes d'insomnie et même avoir récemment développé un état anxiodépressif encore à peu près compensé.
Pendant l'épisode, en interrogeant les proches témoins ou lorsque le patient de façon assez exceptionnelle est amené directement chez le médecin, on note :
– qu'il existe un oubli au fur et à mesure de tout ce qui a pu être acquis depuis 2 à 3 minutes;
– que le sujet connaît son âge, sa date et son lieu de naissance, son adresse, mais il ne sait plus exactement l'heure qu'il est et ce qu'il était en train de faire;
– qu'il est perplexe et inquiet sans être confus. Il pose et repose les mêmes questions : « Où suis-je? Quelle heure est-il? Que m'arrive-t-il? » Il demande de l'aide, mais ne sait pas très bien dans quel but.
L'examen pendant l'épisode peut vérifier la persistance du langage, des praxies, des gnosies, la normalité de l'examen neurologique, y compris l'EEG si on a l'occasion de le pratiquer.

La durée de l'épisode est en moyenne de 6 heures à l'issue desquelles tout rentre dans l'ordre, alors même que le patient ne garde aucun souvenir de tout ce qui s'est passé ; il est fort inquiet en ce qui concerne son état cérébral, il y voit, en effet, de façon régulière, un signe manifeste de détérioration de « ramollissement cérébral » ou même de « gâtisme ».

Diagnostic différentiel

Le diagnostic peut être très difficile lorsqu'il n'y a pas de témoin et que l'épisode a été plutôt court. A l'inverse, si on a pu mettre en évidence tous les traits que nous avons détaillés ci-dessus, le diagnostic se fait aisément et sans discussion.

La comitialité temporale peut être discutée si elle est d'apparition récente ou méconnue. On signalera que les comportements, lors de la comitialité, sont très répétitifs et sans objectif précis.

L'ictus amnésique post-traumatique peut survenir après un traumatisme crânien en apparence bénin.

L'amnésie transitoire symptomatique d'une pathologie vasculaire est un épisode amnésique pur, comportant des éléments confusionnels et s'étendant sur une plus longue durée.

Lorsqu'on examine le patient, l'examen neurologique peut mettre en évidence un déficit visuel de type hémianopsique avec troubles sensitifs, ou moteur de type hémiparétique. L'électroencéphalogramme fait rapidement montre des ondes lentes uni- ou bilatérales à projections temporales.

Une bouffée confusionnelle par accident vasculaire régressif se caractérise par l'ensemble des symptômes confusionnels qui ne se limitent pas du tout aux troubles amnésiques. Toutes les fonctions sont atteintes et le sujet ne montre plus de logique dans son comportement et dans les questions qu'il pose, en fait il vit dans une incompréhension globale de la situation. La régression des troubles, la récupération des facultés intellectuelles principales étant beaucoup plus lentes, permettent de penser à l'étiologie vasculaire ; le moindre signe neurologique, même de courte durée, déficit unilatéral, signe de Babinski, ou perte des urines, est important.

L'amnésie transitoire symptomatique d'une démence tardive se caractérise par des épisodes amnésiques répétitifs de plus ou moins longue durée, mais qui surviennent sur un affaiblissement mnésique progressif marquant en fait le début de cette détérioration, même si le sujet en est peu conscient et si son entourage a tendance à le masquer. C'est parfois dans ces cas qu'un épisode aigu, provoqué par la prise d'un médicament, ne fait qu'attirer l'attention sur un déficit intellectuel et mnésique latent qui s'est brusquement aggravé.

L'amnésie iatrogène est provoquée essentiellement par la prise de psychotropes et l'on pourrait énumérer successivement :

– les anxiolytiques, surtout les benzodiazépines hypnogènes à demi-vie courte ;
– plus rarement les antidépresseurs tricycliques.

Les caractéristiques de ces amnésies sont :
– l'oubli au fur et à mesure après la prise nocturne et même avant l'endormissement, il est difficile de retrouver au réveil la période lacunaire;
– l'oubli au fur et à mesure lors du réveil matinal, on constatera au réveil une zone lacunaire correspondante;
– amnésie avec boulimie, polydipsie et état confusionnel pendant un réveil nocturne cependant qu'au matin il y aura amnésie de tout l'épisode.

Syndrome dysexécutif

Le terme de fonctions exécutives adopté en français est un anglicisme tiré du monde des manageurs qui occupent des fonctions de direction et de décisions prévisionnelles dans une entreprise.

C'est par analogie que l'on désigne ainsi les fonctions cérébrales de planification de jugement et de prise de décision dans les activités intellectuelles supérieures. Il s'agit de tâches complexes, qui nécessitent la coordination de plusieurs fonctions cognitives, en particulier celles qui permettent la pensée abstraite, y compris le recours à la mémoire de l'expérience passée, permettant des prévisions tenant compte de cette expérience. Ce sont des fonctions organisatrices, des fonctions cognitives supérieures y compris la mémoire.

Le syndrome dysexécutif se manifeste dans la vie quotidienne, lorsque le patient est confronté à des tâches nouvelles, avec des données multiples complexes qu'il faut prendre en compte pour des décisions prévisionnelles (une stratégie).

On utilise des tests psychologiques type :
– test de classement de cartes de Wisconsin (WCST);
– test de fluence verbale (évocation lexicale) (test de Stroop);
– test d'élaboration des stratégies (Tour de Londres, de Hanoi, de Toronto);
– Trail Making Test A et B;
– tests de doubles tâches;
– étude de la dépendance environnementale.

Il apparaît maintenant que le syndrome dysexécutif est profondément complexe : il fait intervenir le lobe préfrontal, mais certaines actions dépendent également de circuits où interviennent les noyaux gris centraux et les régions pariétales.

Nous pourrions évoquer les hypothèses localisatrices cérébrales suivantes en cas de lésion prédominante :
– **du lobe frontal** :
  • difficultés d'élaboration de nouveaux programmes de comportement,
  • difficultés d'adaptation aux modifications de l'environnement,
  • difficultés pour inhiber des comportements de dépendance environnementale;

– **atteinte sous corticale (ganglions de la base)** :
- difficultés à maintenir un programme comportemental en cours de réalisation,
- difficultés à automatiser un nouveau programme pour en faciliter l'utilisation ultérieure.

En ce qui concerne les tests cherchant à mettre en évidence des difficultés d'apprentissage de certaines procédures, ils dépendent maintenant du domaine neurocognitif, permettant l'appréciation des syndromes dysexécutifs.

Les syndromes sous-corticaux (noyaux gris centraux) mettent en évidence des sujets qui, s'ils parviennent à l'élaboration de programmes nouveaux, montrent des troubles de sélection et de maintien des schémas appropriés.

– Rôle du lobe pariétal

Il activerait automatiquement des schémas d'action en réponse aux stimulations de l'environnement, en particulier lorsque, pour s'adapter au contexte situationnel, la réaction habituelle doit être interrompue.

Les chutes

Il s'agit d'un facteur important de morbidité et de létalité des personnes âgées. Trente pour-cent des âgés de plus de 65 ans et la moitié des plus de 85 ans font une à plusieurs chutes par an. Ces chutes sont plus nombreuses et plus graves lorsque la personne est isolée, lorsqu'elle est confrontée à des conditions difficiles, comme en hiver sur un sol glissant ou irrégulier. Une première chute est un facteur de risque de récidive, d'autant qu'elle entraîne une crainte de l'espace de déambulation et la phobie de tomber.

Bien entendu, les chutes ont des conséquences particulièrement graves après 70 ans. C'est la première cause de décès accidentel chez l'âgé. Le choc est toujours brutal, car il s'en protège mal. L'état ostéoporotique, surtout chez la femme, facilite les fractures du col du fémur, des vertèbres dorso-lombaires, ou même de l'avant-bras. La personne âgée a du mal à se remettre de l'immobilisation et de la contention orthopédique ou bien de l'intervention chirurgicale.

Même sans lésion directe du fait de la chute, l'incapacité à se relever, l'isolement, facilitant le séjour prolongé au sol sans secours, provoquent un risque létal direct au-delà de plusieurs heures d'immobilisation forcée au sol. Lorsque la personne a pu être entendue et secourue avec plus ou moins de retard, il est classique de décrire un processus de régression psychomotrice dit « syndrome post-chute ».

Facteurs organiques

Les chutes du sujet âgé sont favorisées par différentes atteintes :

– rhumatismales, dans la mesure où elles rendent la marche pénible, douloureuse, dissymétrique limitée sur l'amplitude articulaire ;

– atteintes neurologiques : séquelles d'hémiplégie ou simple hypertonie pyramidale ou extrapyramidale, entraînant ralentissement et perte de souplesse de la marche, marche à petits pas.

Le ralentissement moteur témoigne du vieillissement des fonctions de coordination motrice et du processus de rattrapage d'un déséquilibre fortuit. Ce ralentissement est donc indicatif du risque de chute.

Le test du « lève toi et marche » consiste à demander au sujet de se lever d'une chaise, de marcher 3 mètres, de faire demi-tour pour revenir s'asseoir. Une durée totale de plus de 30 secondes témoigne d'un ralentissement notable qui facilite la survenue de chute en dehors de tout déséquilibre patent;

– les vertiges peuvent survenir dans de nombreuses circonstances comme des poussées hypertensives, ou même lors de l'hypotension orthostatique. On sait que dans ce cadre, on doit toujours rechercher la notion d'un facteur iatrogène; (surtout les antidépresseurs tricycliques);

– les malaises peuvent être d'origine très diverses, de l'embolie cérébrale à l'épilepsie en passant par une cause psychologique. On notera qu'ils peuvent survenir, mais plus rarement qu'il n'a été dit, par le mécanisme d'une drop-attaque, lors d'une insuffisance vasculaire vertébro-basilaire.

Un tel diagnostic ne sera en aucun cas fait de façon systématique.

Facteurs liés aux troubles psychologiques et aux perturbations mentales

Les chutes sont favorisées par de nombreux facteurs de perturbation mentale. On insiste peut-être moins sur cet aspect des choses qui est pourtant important.

1. L'existence d'une confusion mentale pousse aux fugues, aux déambulations précaires, aux trajets hasardeux.

2. Les atteintes cognitives. Dans les démences de type Alzheimer, il a été mis en évidence que, lorsque le patient reste ambulatoire, le risque de chute est multiplié par trois. Cela peut apparaître contradictoire au début de la maladie, alors que nombre de patients restent très mobiles et même certains deviennent des « dromomanes » insatiables avec le risque de se perdre par désorientation spatiale. Malgré cette bonne mobilité apparente, on a pu montrer qu'il existait une atteinte précoce du système postural fin.

Avec la progression de la maladie, on verra s'installer un ralentissement moteur et une atteinte de l'ajustement postural adaptatif lors de mouvements de rotation autour de l'axe corporel céphalo-caudal. C'est à ce moment qu'apparaissent les chutes, apparemment sans cause dépistable.

Ces chutes sont plus précoces dans le cours de la maladie, lors de la maladie de Parkinson, de la démence à corps de Lewy et dans la paralysie supranucléaire progressive.

Dans les démences fronto-temporales, les chutes peuvent surtout compliquer des comportements inadaptés, par exemple des prises de risques démontrant

un trouble du jugement. Il ne faut pas en méconnaître la relative fréquence avec laquelle elles peuvent se terminer par une chute dans l'obscurité.

3. Au cours des syndromes anxiodépressifs, c'est aussi un facteur de chute que l'on peut relier assez aisément aux manifestations anxieuses aiguës, qui peuvent accompagner un syndrome dépressif ou bien se produire isolément à l'occasion d'une poussée d'angoisse phobique, en réaction directe à une cause psychologique ou à des manifestations accompagnant la crise anxieuse elle-même.

4. Très fréquemment, les chutes sont en rapport avec les perturbations de la vie de tous les jours et le contexte psychologique dans lequel vit la personne âgée :

• on citera le nombre des chutes au lever d'une période d'alitement justifiée par une maladie aiguë. On a pu évoquer la perte de certains mécanismes de maintien de l'équilibre avec fréquence du « déséquilibre arrière »

• la reprise de la marche, après une fracture, des crises vertigineuses, ou tout simplement à la suite de difficultés relationnelles aiguës entraîne parfois une véritable agoraphobie avec recherche permanente d'un appui, réduction du périmètre de marche et tendance spontanée au confinement au fauteuil. Cette tendance confirme le déficit de prise en charge fonctionnelle volontaire de la marche

• la survenue de chutes est fréquemment notée dans le cadre d'un épisode signifiant de rupture ou d'abandon, réel ou ressenti, par rapport à l'entourage. De telles chutes s'intègrent souvent dans une attitude de refus d'une situation, d'une décision prise par autrui de transfert de lieu ; elle signifie, en particulier lorsque les chutes se répètent, une protestation muette et spectaculaire (hystériforme même) contre ce qui apparaît à la personne âgée comme intolérable. On peut alors noter que de telles conduites s'associent souvent au refus de la nourriture et à un état dépressif.

Les syndromes bucco-pharyngés

De nombreuses difficultés surviennent en relation avec le fonctionnement buccal et oro-pharyngé. Nous voudrions rappeler les points essentiels de cette symptomatologie qu'il est nécessaire d'étudier soigneusement à partir des plaintes présentées par le sujet âgé.

Les difficultés avec le dentier

La perte des dents rend indispensable chez un nombre de plus en plus grand de personnes âgées l'utilisation d'une prothèse. On voit donc apparaître avec une grande fréquence des douleurs lors de la mastication qui entraînent une gêne importante lors des repas, en particulier pour mâcher la viande et les aliments les plus durs ; il peut s'installer à la longue une anorexie, puis un refus alimentaire complet.

Face à de telles difficultés avec son dentier, la personne âgée peut avoir différentes attitudes témoignant d'une ***dysharmonie bucco-dentaire :***

– la tendance spontanée est de consulter de façon répétitive le dentiste, lequel cherche habituellement, par diverses rectifications, à mieux faire admettre la prothèse. Mais très souvent, malgré de telles interventions, la gêne persiste, le dentiste est alors souvent amené à proposer un nouvel appareil, et le trouble paraît évident lorsque les difficultés persistent avec cette nouvelle prothèse. On a même pu voir dans certains cas les troubles s'amplifier malgré tous les efforts faits pour l'adapter ;

– de tels troubles entraînent bientôt la non-utilisation du dentier, lequel « reste dans le verre » et ne sert plus que pour l'apparence vis-à-vis du monde extérieur ; il est presque toujours déposé à l'occasion du repas ;

– il est possible de voir se développer un syndrome dépressif dans lequel les douleurs buccales tiennent une place considérable et où s'associent l'anorexie et des troubles qui peuvent s'étendre jusqu'à une dysphagie.

Les glossodynies

Il s'agit de douleurs linguales lancinantes à type de brûlures atteignant la langue depuis sa pointe pour s'étendre en arrière jusqu'au pharynx, puis ces douleurs peuvent déborder progressivement vers les gencives et les joues. L'important est qu'il n'existe, à l'examen de la bouche, aucune anomalie d'aspect, ni aucune lésion organique de la muqueuse ou des dents.

On a pu remarquer que les douleurs peuvent survenir à l'occasion du décès d'un proche, du déclenchement d'un cancer oro-pharyngé chez un parent. Dans quelques cas, il existe une symptomatologie cancérophobique, mais ce n'est pas la règle. Dans les trois quarts des cas, cette symptomatologie survient chez les patients âgés de plus de 50 ans et beaucoup plus souvent chez la femme que chez l'homme. Sur le plan clinique, l'important est de percevoir la fréquence d'un syndrome dépressif et anxieux qui évolue parallèlement aux douleurs avec des périodes d'amélioration puis d'aggravation. Mais il est de règle que les douleurs persistent ; elles peuvent exister même en dehors de la dépression et constituer une plainte isolée pendant des années.

La xérostomie

L'existence de plaintes au sujet d'une bouche sèche est très fréquente ; elle ne correspond que rarement à un syndrome de Gougerot-Sjögren, qui doit pourtant toujours être recherché soigneusement.

Il est très fréquent que la bouche sèche puisse s'expliquer par la prise de médicaments, et en particulier dans notre domaine par la prise de psychotropes, mais il peut s'agir aussi d'antiparkinsoniens anticholinergiques. On doit en tirer la conséquence que les traitements compensateurs des effets extrapyramidaux secondaires aux psychotropes peuvent s'aggraver par la

distribution d'antiparkinsoniens. On en tiendra compte et on évitera donc une prescription systématique.

La sécheresse buccale peut avoir tendance à s'accroître et être la source d'affections buccales mycosiques ou infectieuses ; plus simplement, elle peut être à l'origine de douleurs plus intenses, d'une mauvaise tolérance du dentier et enfin d'anorexie. Il faudra donc s'attacher à en supprimer les causes et à compenser les conséquences par exemple par prescription de stimulants du flux salivaire.

On notera en conclusion que toutes ces difficultés s'associent avec celles découlant de la fréquence avec laquelle les soins de brossage et de nettoyage des dents sont négligés, en particulier lorsque surviennent des difficultés motrices ou intellectuelles chez la personne âgée.

La dysphagie

Nous ne voulons évoquer que les syndromes au sein desquels la dysphagie ne répond pas à une cause organique (qui doit bien entendu être recherchée) où se produit un blocage ressenti de la nourriture ou des boissons. La dysphagie survient spontanément ou dans les suites de complications buccales.

Il faut insister sur les cas où la plainte du vieillard est manifestement paradoxale. Il peut manger avec réticence, avec difficulté, mais il apparaît évident qu'il avale et pourtant il ressent un blocage et parfois même a tendance à nier que la nourriture ou la boisson ne descende.

Ces formes de dysphagie peuvent être rapprochées des délires de négation et peuvent avoir une signification dépressive mélancolique. Elles peuvent être contemporaines également d'une angoisse avec nœud dans la gorge. Il est possible aussi qu'une telle conviction soit écartée de façon rapide par l'entourage familial ou les soignants et qu'il faille s'attacher à aller la rechercher systématiquement pour la mettre en évidence.

La fatigue et l'apragmatisme

Les plaintes concernant la fatigue et les demandes visant à obtenir une aide médicamenteuse sont très fréquentes chez les personnes âgées. Même si le patient a souvent la sensation d'avoir tout dit quand il s'est plaint de sa fatigue, il est important en fait de tenter de mieux cerner les symptômes avant de proposer des mesures thérapeutiques.

Sémiologie

Avec l'âge, et de façon bien différente selon les individus, se produit une diminution de la résistance à l'effort physique et intellectuel. Si l'opinion générale est qu'il faut admettre cette conséquence du vieillissement, bien des personnes âgées se plaignent d'une fatigabilité qu'elles estiment anor-

male, douloureuse et pour tout dire maladive. Il apparaît nécessaire de distinguer, ce qui est loin d'être évident :
– *l'incapacité fonctionnelle globale* du sujet qui ne peut se livrer à certaines activités quotidiennes de nécessité ou de loisir par suite de douleurs, de faiblesse musculaire ou d'incapacité cardio-respiratoire ;
– *l'apragmatisme*, qui fait que le sujet n'envisage pas ou renonce à ces activités par suite d'un manque d'initiative, d'intérêt ou de savoir-faire ;
– *les éléments dépressifs*, qui se caractérisent par le manque de goût et le renoncement douloureux d'abord aux activités de loisir, puis aux obligations de tous les jours ;
– *l'asthénie intellectuelle*, qui représente une incapacité à poursuivre les efforts d'attention, de prise de décision, de mémoire et même de participation aux activités relationnelles.

Étiologie

❒ L'asthénie

Elle peut être de survenue ou d'aggravation récente et peut s'accompagner de symptômes somatiques précis ; elle évoque alors une maladie sous-jacente qu'il est important de dépister. En voici les causes principales :
– une infection aiguë ou chronique, surtout lorsqu'elle passe inaperçue à un examen clinique rapide (comme une infection pulmonaire ou urinaire) ;
– une maladie endocrinienne ou métabolique comme le diabète ;
– une anémie ;
– un cancer débutant ;
– une cardiopathie : surtout l'insuffisance cardiaque latente.
Mais le problème reste difficile lorsque le traitement spécifique n'améliore pas l'asthénie, ainsi lorsqu'elle persiste dans les états post-infectieux trainants et les suites opératoires prolongées. On a l'impression que le stress a décompensé un état antérieur plus ou moins précaire. Il peut se produire un glissement vers un état dépressif, masqué par l'alibi de la maladie déclenchante.

❒ La prise médicamenteuse

Elle pose un dilemme délicat le traitement est-il responsable de l'état du sujet ? C'est ce que chacun est prêt à soupçonner, le patient en tout premier. Faut-il s'assurer de ce qui est réellement pris, des ordonnances multiples et de ce qui traîne dans les armoires à pharmacie ?
Il est très habituel d'entendre accuser l'antibiothérapie d'être très fatigante, même si l'infection originelle l'est aussi. On peut toujours suspendre le traitement lorsque l'effet essentiel a été obtenu et juger de l'effet sur l'asthénie.
Les modifications tensionnelles rapides sont susceptibles de déclencher une sensation de fatigue physique (avec malaise et vertiges) et intellectuelle (avec flou et baisse de l'attention). En tout premier lieu l'HTA, accentuée

par les efforts, un bon repas, une émotion même si dans l'esprit des gens des chiffres tensionnels élevés ne sont pas du tout en rapport avec la sensation de fatigue. A l'inverse, l'institution d'un traitement antihypertenseur, de diurétiques ou aux bêta-bloquants entraîne fréquemment fatigue, baisse de force et d'énergie vitale. Il faut cependant convenir que la survenue d'une hypotension orthostatique nécessite une surveillance précise. Il ne faut pas confondre cette chute tensionnelle en position verticale, après une position déclive prolongée et des chiffres bas, chroniques mais stables, trop couramment assimilés dans le public comme une preuve chiffrée de la fatigue.

La prise de psychotropes entraîne surtout au début fatigue, faiblesse musculaire, instabilité à la station debout, sensation de brouillard intellectuel et somnolence diurne. La demande est très contradictoire dans la mesure où le patient est à la recherche d'une baisse de l'anxiété et d'un coup de fouet physique et intellectuel. Le sujet exige des petites doses et un effet décisif, il veut dormir de longues heures et se réveiller dispos, en pleine forme. Il récuse de nombreux médicaments qui abrutissent, mais ne peut se passer de tel somnifère ou de tel anxiolytique qu'il prend depuis des mois ou des années... !

Il est pourtant bien connu que dans certaines conditions la prise prolongée d'anxiolytiques, d'antidépresseurs anxiolytiques et de gardénaliques est susceptible d'entraîner asthénie, faiblesse musculaire, malaises et hypotension orthostatique.

On cherche, on le sait bien, à ne pas prescrire des traitements chroniques et à favoriser la suppression de ces médicaments après des cures courtes et efficaces. Mais il existe souvent des contradictions pratiques, car la reprise de l'anxiété s'accompagne fréquemment d'un regain de la sensation de fatigue et du manque d'entrain à entreprendre.

❒ La fatigue comme symptomatologie psychosomatique

L'asthénie peut apparaître comme une plainte chronique, très difficile à faire préciser : la personne âgée est « fatiguée depuis toujours, mais encore plus ces derniers temps ». Cette asthénie est douloureuse ; elle survient dès le matin, non améliorée par le sommeil, considéré comme insuffisant, non reposant. Il est possible de noter des améliorations paradoxales dans l'après-midi ou la soirée ; l'entourage peut signaler que la personne est capable de s'animer s'il y a du monde et une activité plaisante à faire.

On retrouve souvent que l'asthénie s'accompagne non seulement d'une entrave à effectuer les actes de la vie quotidienne, mais aussi d'un manque de goût et d'intention pour des activités autrefois agréables. Les plaintes s'accentuent à l'occasion de n'importe quelle difficulté relationnelle.

Le sujet tend à demander des fortifiants ou des somnifères « non abrutissants » pour dormir plus longtemps, mais il est souvent déçu lorsqu'ils sont prescrits, ce qui ne l'empêche pas de poursuivre sa quête.

Très souvent, l'asthénie s'accompagne de difficultés intellectuelles, d'un manque d'intérêt pour le monde extérieur, de douleurs rhumatismales ou digestives très mal supportées, de céphalées et de malaises. Chaque geste est douloureux, le séjour prolongé au lit entraîne une certaine satisfaction (« si je m'écoutais, je ne quitterais pas mon lit »), l'effort intellectuel est redouté, si bien que le sujet abandonne la lecture, le tricot, l'écoute de la télévision.

Il semble qu'on ne fasse pas une place assez grande à l'asthénie comme manifestation fonctionnelle psychosomatique, plus ou moins étroitement liée à l'état pathologique global de la personne âgée.

Les états dépressifs. – Il faut insister sur la fréquence des plaintes en matière de fatigue, accompagnées d'un manque d'entrain, d'une perte des intérêts affectifs et intellectuels ; le patient trouve son sommeil insuffisant et tente de prolonger son séjour au lit.

Il est très habituel que le patient cherche exclusivement une cause somatique à sa fatigue, même s'il existe une cause déclenchante psychologique ou relationnelle.

Une incapacité fonctionnelle devient une excuse pour ne pas sortir, pour ne pas marcher, pour fuir toute relation avec les autres. Malgré cet isolement farouche, ce repos forcé, l'asthénie ne fait que croître. Nous rapprocherons ces cas de ceux où l'entourage bien intentionné espère qu'un séjour en maison de repos ou à la campagne luttera contre la fatigue considérée comme un symptôme isolé.

L'anxiété. – Parfois l'asthénie se développe sur un terrain essentiellement anxieux. Le patient montre son anxiété, sa fébrilité, son anorexie. L'asthénie explique ou excuse son renoncement à la plupart des activités de loisir, aux contacts relationnels, mais ce renoncement est pénible, augmente l'ennui et l'impatience jamais satisfaite. A travers cette plainte, le sujet montre son besoin d'attention et de rapprochement avec son entourage, mais aussi de soins médicaux. Parfois désireux d'entretiens psychologiques réconfortants, il peut facilement ne pas se montrer persévérant.

Les troubles hypocondriaques. – L'asthénie s'accompagne alors de troubles viscéraux et de douleurs profondes importantes. Le sujet estime que l'asthénie témoigne de cette pathologie difficilement compréhensible. Il attend un soulagement par des explorations modernes, une décision chirurgicale, une chimiothérapie. Il redoute d'être pris pour un malade mental.

La détérioration intellectuelle. – Il est possible que la plainte essentielle d'une détérioration débutante soit la fatigue, laquelle recouvre les difficultés intellectuelles, la mémoire défaillante, l'absence d'activité et l'incapacité d'entreprendre. Bientôt, à mesure de la progression de la détérioration, la plainte s'atténuera bien que l'apragmatisme aille croissant. Le sujet peut

rester des heures dans un fauteuil sans se plaindre, faisant la sieste et se couchant très tôt dès que la nuit tombe.

Nous constatons donc la fréquence de la fatigue comme symptôme dans le tableau psychopathologique de la personne âgée et la nécessité d'une bonne compréhension de la signification de cette plainte avant de tenter d'y apporter un soulagement.

Troubles digestifs et préoccupations à propos du fonctionnement digestif et sphinctérien

On a pu dire du vieillard qu'il va bien s'il a conservé l'appétit et qu'il ressent qu'il digère bien et qu'il maintient un poids équilibré.

Pourtant, cela n'empêche pas, dans ce silence des organes, le développement d'une maladie grave tel qu'un cancer du colon.

A l'inverse, il est fréquent de constater chez l'âgé vieillissant « une régression au stade oral » avec des préoccupations obsessionnelles sur le fonctionnement sphinctérien. Il tend à exiger pour son hygiène digestive et sa satisfaction une selle par jour et bien moulée. Si tel n'est pas le cas il craint un « dérangement de la digestion et la survenue d'une occlusion ». Il a recours à des laxatifs quitte à se plaindre d'être en diarrhée. Mais la constipation chronique est sa hantise, quitte à passer de longues périodes aux W.C., à exiger des lavements évacuateurs sinon purificateurs. Les petits moyens par modification du bol alimentaire (légumes, fibres longues) n'ont pas toujours le succès espéré. On confirmera que la consommation des médicaments laxatifs est considérable chez le sujet âgé et particulièrement en institution où le personnel soignant doit rester à l'écoute de ces plaintes sans tomber dans la surconsommation médicalisée.

Il faut bien reconnaître qu'il existe un dysconfort digestif et sphinctérien apparemment croissant avec l'âge et fréquemment aggravé par la prise multi-médicamenteuse. Mais il est bien difficile de répondre à toutes les plaintes du sujet, en excluant tout retentissement sur le transit digestif.

On devra veiller surtout à ne pas confondre des préoccupations sphinctériennes chroniques et des complications aiguës :

– développement d'un fécalome avec diarrhée ;
– occlusion digestive.

Mais aussi sur le plan psychiatrique :

– développement d'un délire hypocondriaque avec douleurs et interprétations pathogéniques envahissantes ;
– syndrome de Cotard sur lequel nous reviendrons et qui exprime bien la transition avec les syndromes dépressifs majeurs.

En effet, les syndromes dépressifs peuvent comporter un malaise digestif prédominant qui, avec la perte d'appétit, l'amaigrissement et la fatigue, peuvent

évoquer de façon prédominante une affection digestive somatique. En cas de bilan complémentaire négatif, on tentera un traitement antidépresseur.

Le sommeil et ses troubles en fonction de l'âge

Plus un être humain avance en âge, plus il passe de temps au lit, dans l'espoir de se reposer, mais ce n'est pas pour cela qu'il existe une augmentation proportionnelle des heures de sommeil.

Le sommeil de nuit est fragmenté en deux ou trois périodes du fait de la multiplication des éveils nocturnes ainsi que l'accroissement de leur durée. Par ailleurs, la somnolence diurne en phase post-prandiale a tendance à croître. En somme, au-delà de 75 ans, l'heure du coucher est plus précoce, le délai d'endormissement s'accroît, près des 2/3 de ces âgés ont des éveils nocturnes. De même, les plaintes au sujet du sommeil sont légèrement croissantes par rapport à la période de la cinquantaine.

Quant à la prise de somnifères ou de psychotropes anxiolytiques, elle augmente à partir de 45 ans et atteint 1/4 des sujets de plus de 75 ans. Le plus frappant est que la majorité des patients se plaignent toujours de symptômes d'insomnie alors même qu'ils prennent des somnifères depuis déjà plus d'un an en moyenne. En effet, les intéressés craignent de dormir encore plus mal s'ils devaient les arrêter. On atteint donc un état stable au cours duquel le sujet se plaint bien qu'il se repose et compense souvent l'éventuel déficit de sommeil profond de la nuit par une sieste post-prandiale.

En somme, en fonction de l'âge, l'évolution du sommeil ne se fait pas vers une aggravation très significative, mais il reste nécessaire de délimiter la frontière avec les perturbations franchement pathologiques que nous allons envisager.

Les troubles du sommeil secondaires aux pathologies organiques

Chez la personne âgée, les affections somatiques sont nombreuses et peuvent expliquer en partie la multiplication des réveils et l'insomnie qui en résultent.

Les pathologies cardiovasculaires. – On citera les dyspnées, les douleurs coronariennes nocturnes, les accès de tachycardie supraventriculaire.

Les douleurs. – Il s'agit surtout de certaines douleurs rhumatismales qui ne cèdent pas complètement à l'occasion du décubitus.

Les crampes musculaires. – Leur origine peut être liée ou non aux perturbations électrolytiques, parfois favorisée par certains médicaments.

La maladie de Parkinson. – Elle est fréquemment associée à des douleurs périphériques et l'insomnie est parfois aggravée par le traitement à la L. Dopa.

Les troubles prostatiques. – Ils favorisent les réveils suite à la pollakiurie, même si, très fréquemment, ils ne suffisent pas à déclencher une véritable

insomnie, en raison de la brièveté de fait des réveils, après avoir uriné, et de la rapidité du rendormissement.

Le syndrome d'apnées du sommeil (avec ronflements très sonores à la reprise des mouvements respiratoires). – Le sujet ne les ressent pas lui-même, pas plus qu'il ne se dit insomniaque, mais bien plutôt fatigué alors même qu'il prend souvent des anxiolytiques qui aggravent les apnées et leurs conséquences anoxiques pour le cerveau.

Le syndrome des jambes sans repos. – Il peut être évoqué par le patient comme distinct d'une douleur, plutôt un agacement des jambes, entraînant, surtout au coucher, des tiraillements, des courants électriques, des picotements, et surtout « un besoin impérieux de bouger les jambes, pour tenter d'éviter un inconfort, des paresthésies diverses et même des brûlures. Au bout d'un certain temps le besoin de bouger revient, croît et se résout de la même façon ». Par ailleurs, le syndrome des jambes sans repos :

– peut être lié à la prise de médicaments antidépresseurs (tricycliques, inhibiteurs du recaptage de la sérotonine);
– s'associe dans quelques cas à une neuropathie diabétique;
– peut enfin être dû à une baisse de ferritine.

Ces sensations apparaissent essentiellement au repos, assis ou semi-allongé, et surtout dans la soirée. Parfois il n'est évident qu'au coucher, gênant l'endormissement, forçant à marcher et à faire quelques pas.

A l'inverse, ces troubles n'existent pas à la marche et même en station debout. C'est donc l'inverse du déclenchement des douleurs artéritiques.

L'acathisie. – C'est un syndrome en fait différent, secondaire aux neuroleptiques, qui se voit surtout chez le psychotique jeune. De fait, le sujet ne peut rester assis quelques minutes ou même quelques secondes. L'acathisie n'apparaît pas en position couchée. Un tableau très voisin, mais en fait différent, se retrouve au cours de la démence d'Alzheimer et se traduit par une instabilité motrice généralisée empêchant de rester calmement au fauteuil et au lit jusqu'à ce que survienne l'endormissement. Durant la journée, il y a souvent une dromomanie permanente : le patient marche sans arrêt, tourne en rond, jusqu'à l'épuisement, ne s'assied que quelques instants, même à l'heure du repas. Cette simple pulsion, inadaptée à la réalité, le pousse à explorer toute porte non fermée, puis à rationaliser : il voulait retourner « chez lui », partir au travail, etc.

Les mouvements périodiques nocturnes. – Ils peuvent parfois, ce n'est pas toujours le cas, être liés au syndrome des jambes sans repos. Ils peuvent être à l'origine de mouvements brusques, gênant le conjoint ou même pouvant être à l'origine de chutes du lit et d'autres mouvements intempestifs. Ils doivent être distingués d'éventuelles crises épileptiques nocturnes.

Les troubles du comportement du sommeil paradoxal. – Ce sont les enregistrements EEG nocturnes avec vidéo-surveillance qui ont permis d'isoler les troubles du comportement du sommeil paradoxal. Il s'agit de gesticulations et de violences, apparemment orientées, risquant d'entraîner des trau-

matismes sur le conjoint. Elles s'accompagnent même de vocalisations inquiétantes, aboutissant éventuellement à précipiter le conjoint hors du lit ou pouvant faire chuter le patient lui-même, ce qui risque d'entraîner fracture ou blessure chez l'un ou chez l'autre. Des études ont montré que, dans plus des 3/4 des cas, il s'agit de comportements masculins au cours d'un sommeil paradoxal dont le conjoint confirme que le patient semble lutter et vivre un rêve ou un cauchemar très intense dont il peut garder un certain souvenir au réveil. L'EEG élimine une épilepsie psychomotrice. De tels troubles peuvent correspondre :

– surtout à une période de sevrage alcoolique, parfois à une suspension des médicaments psychotropes, voire à celle du café ou du chocolat;

– sinon, de tels troubles seraient indicatifs d'une maladie de type Alzheimer qui surviendrait dans les années suivantes et dans les syndromes extra-pyramidaux, bien longtemps avant la révélation d'une démence, surtout dans la démence à corps de Lewy, dans la maladie de Parkinson ou en cas d'atrophie multi-systématiques (MSA).

Le traitement doit être initié par un neurologue. Ce sont le *Rivotril* et l'*Adartrel* (Ropironole) qui sont privilégiés, à une dose moyenne de 2 mg pour dormir le soir 3 h avant l'heure prévue du sommeil. On cherche la dose efficace en montant par paliers.

Les troubles du sommeil secondaires aux pathologies mentales

Il est fréquent que les conséquences d'un épisode pathologique mental sur le sommeil ne soient pas comprises à leur juste valeur. Ou alors, le manque de sommeil est considéré comme le seul phénomène pathologique et la cause de toutes les perturbations dont souffre le patient. Celui-ci ne veut pas reconnaître l'importance des perturbations psychiques elles-mêmes. Il espère tout d'une récupération des heures de sommeil, peut-être même d'une « cure de sommeil », méthode qui, par suite de son inefficacité, ne fait plus partie de l'arsenal thérapeutique psychiatrique.

A l'inverse, dans d'autres cas, les perturbations nocturnes provoquent des réveils intempestifs entraînant des conséquences très graves : le réveil nocturne entraîne le lever, associé à la désorientation temporospatiale et pouvant déclencher une errance, des chutes, des frayeurs exagérées. Le sujet refuse de se recoucher, urine n'importe où, peut se montrer agressif par incompréhension et par peur, si l'on tente de l'aider et de le canaliser.

L'inversion du cycle de sommeil nuit/jour fait que l'âgé dort épuisé la journée suivante, quitte à se réagiter dès la nuit tombante. Cela se produit dans de nombreux cas de démence, même si habituellement le sujet est plutôt un hypersomniaque : il reste couché dans la journée et dort parfois de 10 à 12 h, même sans aucun psychotrope. C'est pourquoi, dans une institution, il est nécessaire de lutter contre le repos prolongé en clinostatisme. De courtes

siestes sont possibles pour ceux qui en tirent bénéfice, mais sans restreindre les activités physiques et les promenades indispensables dans la journée.

C'est au cours de phases de décompensations, pour des causes diverses, que nous voyons s'installer de tels états, extrêmement perturbateurs, et finalement dangereux (chutes, errances nocturnes, dégradation du domicile, mise en danger de la personne et de son entourage), tant pour le maintien à domicile que pour la vie en institution.

Certaines pathologies prennent une teinte particulière à l'occasion du sommeil de nuit.

❐ Troubles anxieux

On notera la survenue de l'anxiété du coucher entraînant des refus d'aller à sa chambre puis, au cours du sommeil, alors même que le sujet aspire au repos.

Au domicile, le sujet fait de longues séances en fauteuil de repos face à la télévision, mais il en résulte la somnolence, le besoin de dormir et non le sommeil lorsque le sujet se met vraiment dans son lit.

Parfois, le sujet se réveille à l'occasion d'un rêve pénible, en pleine crise d'angoisse tachycardique, ou bien avec la sensation que son cœur s'arrête. La peur de la mort en solitaire est très fréquente chez le sujet âgé, qui parfois appelle ses proches en pleine nuit, ou fait appel au médecin (service SOS, appel au secours) à tout moment. On signalera également la sensation de fatigue nerveuse au matin (sommeil sans repos), que le patient peut attribuer à ses trop nombreux rêves actifs, pénibles, rêves qui l'ont fatigué. Or, malheureusement, certains somnifères semblent augmenter la quantité de rêves pénibles.

❐ Sommeil des dépressifs

Le sommeil nocturne du dépressif est souvent marqué par un endormissement difficile, des éveils multiples au moindre bruit inquiétant, un besoin de parler ou de chercher du secours, un réveil définitif, très précoce, entre 3 h et 4 h du matin, avec angoisse de mort, idées suicidaires, crainte du jour prochain. La fatigue au réveil est maximale, « comme si je n'avais pas dormi ». Le sujet reste couché, s'agace et se désespère, même s'il se rendort vers 9 ou 10 h du matin. Des formes apathiques de dépression existent aussi avec hypersomnie, 10 h ou 12 h de sommeil et sieste prolongée, la caractéristique étant que la fatigue reste égale. Parfois, le sujet est un peu plus en forme vers le soir, se calme et se repose devant la télé, dans des fauteuils relax très confortables, et se couche vraiment trop tard dans son lit.

❐ Insomnie des phases maniaques

Nous avons vu combien le diagnostic de phase maniaque était négligé chez l'âgé. Un bon signe est de noter qu'un insomniaque plaintif habituel se

transforme en un hyposomniaque actif, ne se plaignant plus de fatigue. La femme âgée attaque son ménage; l'homme bricole, fait du bruit, abîme tout et ne ressent plus le besoin de se coucher. Une telle hyperactivité est souvent considérée comme symptomatique d'un grand dynamisme qui témoigne en fait d'une phase hypomaniaque.

❒ Syndromes délirants

Il faut tenir compte de l'importance des syndromes hallucinatoires et surtout hallucinosiques à la tombée de la nuit. Rappelons que les phénomènes sont surtout visuels, parfois colorés avec une conviction et une interprétation fluctuante. On les retrouve dans les démences (avec une prédominance dans la démence à corps de Lewy), mais aussi au cours de toute détérioration de type Alzheimer. Il faut distinguer les délires organisés interprétatifs et persécutifs, qui entraînent des précautions avant le coucher pour se protéger et éviter les attaques prévisibles (fermeture précoce des portes et fenêtres, multiplication des verrous, vérification de l'absence de micros). Il peut arriver que le sujet cherche à veiller et tente de ne pas dormir de la nuit pour se défendre des ennemis potentiels.

Syndrome de Capgras (*Delusional Misidentification Syndrom*)

Il a été décrit en 1923 dans le cas d'un délirant chronique. L'auteur parlait alors « d'illusion des sosies » : un patient reconnaît un proche ou un voisin comme étant le sosie d'un autre; il affirme qu'il s'agit d'un imposteur qui cherche à se faire passer pour celui que reconnaît le patient. Par exemple, une patiente âgée reconnaît son père, et croit à un sosie qui veut se faire passer pour lui.

Le syndrome de Capgras fait partie d'un ensemble de troubles plus ou moins proches, troubles que l'on peut désigner sous le nom de délires d'identification des personnes, des lieux ou des objets (*delusional misidentification syndrom*) et qui se déclinent en diverses possibilités :

– multiplication des sosies dans l'entourage d'un patient, croyances qui peuvent déclencher son agressivité parce qu'il pense qu'il s'agit d'un complot ou d'une comédie;

– dans la variante dite syndrome de Frégoli (décrite en 1927), plusieurs personnes se déguisent pour tromper le patient, il déclare qu'il s'agit d'une mascarade visant à le faire passer pour un fou;

– dans le syndrome du double, l'autre cherche à se faire passer pour le patient et le ridiculise, c'est une bouffonnerie;

– dans les fausses reconnaissances généralisées, tout l'entourage est constitué de célébrités que le patient reconnaît comme s'il regardait les actualités.

Ces délires correspondent à une perturbation de l'identification des visages et à une modification de la sensation émotionnelle bien particulière de « familiarité » (perturbation du circuit hippocampo-amygdalo-cingulaire postérieur).

On les retrouve chez :

– des jeunes cérébrolésés de l'hémisphère droit, en particulier avec atrophie du pôle frontal;

– le sujet adulte de plus de 50 ans, à des formes particulières de démence de type Alzheimer ou démence à corps de Lewy avec troubles de la mémoire et atteinte frontale. Lors d'un Alzheimer, ces délires ne sont que transitoires et disparaissent parfois avec l'amélioration ou l'aggravation du déficit.

Crises épileptiques

Il est généralement envisagé qu'une personne sur 20 fera une crise dans sa vie et qu'une sur 200 aura une maladie épileptique. Les taux d'incidence sont plus élevés chez le jeune (débutant avant l'âge de 10 ans), mais l'incidence baisse à l'âge adulte, remonte au-delà de 50 ans, > 65 ans 111/100 000 hab., > 80 ans 160/100 000 hab.

Il n'est pas aisé de faire le diagnostic de crise d'épilepsie, sauf si l'on peut assister à la crise généralisée ou connaître des antécédents de ce type.

On citera le problème des chutes avec ou sans clonies généralisées, à distinguer des myocolonies segmentaires et des chutes non épileptiques. Une crise peut se marquer seulement par un bref trouble de la conscience et de l'état mental (regard vide). Il faut plus souvent dans ces cas demander rapidement un EEG

La démence d'Alzheimer comporte des crises d'épilepsie 5 à 10 fois plus fréquentes au cours du son évolution.

Une première crise tardive du sujet peut rester sans cause dépistable, mais 1/3 des cas sont reliés à une cause vasculaire cérébrale.

En dehors d'une cause métabolique (hypoglycémie, hyponatrémie, insuffisance rénale, hypocalcémie), une crise épileptique peut être symptomatique d'une affection aiguë.

C'est également le cas lors d'un arrêt brusque des anxiolytiques et des neurosédatifs, fait dans l'espoir de diminuer le recours aux psychotropes et de se donner la satisfaction de raccourcir une ordonnance toujours jugée trop longue.

L'incontinence et les troubles de la miction

L'incontinence est un trouble grave pour la personne âgée, d'une part dans la mesure où elle représente un signe péjoratif de vieillissement, ce qui fait que la personne âgée consciente se sent menacée par la détérioration et le

gâtisme (au sens strict, celui qui souille ses draps et ses vêtements de ses excréments), d'autre part par la charge lourde, pénible, que représente effectivement chez le détérioré ce déficit, d'autant qu'il est incapable d'y porter remède lui-même.

Il apparaît important de rechercher et de traiter toutes les causes possibles de ces troubles et de ne pas laisser s'installer de telles perturbations chez les vieillards placés en institution. Il faut, en effet, réfléchir à la charge lourde que représentent, même pour une fraction de la population âgée, les troubles sphinctériens, charge qui repose en fin de compte sur les familles, les aides ménagères, les agents hospitaliers et enfin les infirmières. On sait que rapidement la tâche soignante, maternante, sera considérée comme insupportable, dévalorisante et que l'établissement de ce seul fait sera vu comme un dépotoir et qualifié de mouroir. C'est dire l'importance que revêt l'attention médicale à ces problèmes, la nécessité d'une formation visant à faire connaître par tous les techniques permettant de lutter le plus longtemps possible contre l'incontinence et à la rendre la moins inconfortable possible pour la personne et pour l'entourage lorsqu'elle est installée.

Il semble, d'après des études américaines, qu'une certaine incontinence soit présente chez 5 à 10 % de la population des personnes âgées non institutionnalisées. D'après des études britanniques, la prévalence du taux d'incontinence dans les hôpitaux gériatriques se situe entre 13 et 48 % des pensionnaires. On comprend l'importance du problème tant psychologique qu'institutionnel qu'il est hors de question d'éviter.

Nous recherchons à décrire les troubles au plus proche de la clinique, en insistant sur les facteurs neuropsychiatriques et sur la conduite pratique à tenir en dehors de l'intervention directe du spécialiste.

L'incontinence urinaire d'effort

Les pertes d'urines ne surviennent qu'à l'effort (toux, éclat de rire, changement de position, à la marche). C'est dire qu'elles surviennent le jour, le patient étant vigilant ; il n'y a pas de douleur à la miction elle-même. Cette incontinence survient parfois avec l'âge, mais elle a été préparée par des perturbations périnéales ayant construit l'insuffisance sphinctérienne.

Elle est fréquente, surtout chez la femme. Il faut demander les examens gynécologiques et urologiques nécessaires permettant de rassurer la patiente et espérer qu'une intervention chirurgicale, si nécessaire, apportera une bonne régularisation.

La dysurie

Il s'agit de patients qui se plaignent d'une obstruction à l'écoulement de l'urine pendant la miction, alors qu'ils ont envie d'uriner. La miction nécessite un effort, se produit avec retard, le jet est faible. Le cas le plus habituel, chez l'homme, est celui de l'obstacle prostatique dont on sait qu'il faut se

préoccuper dans la mesure où les médicaments anticholinergiques comme les antidépresseurs tricycliques peuvent accentuer la dysurie et même provoquer, de façon brutale, une rétention d'urine.

Il est important de rester attentif dans un service de psychiatrie à cette éventualité car un patient âgé, légèrement détérioré, peut très bien ne pas ressentir clairement la douleur de rétention vésicale, jusqu'à uriner par regorgement. Il est important de rechercher par l'examen clinique le globe vésical, même lorsque le patient ne se plaint pas.

Ces fuites par regorgement, permanentes, en goutte à goutte, se produisent sans impériosité, tant le jour que la nuit, parfois facilitées par un effort volontaire ou involontaire. Il s'agit d'une miction à jet faible et de volume réduit ; elle témoigne d'une incontinence sur rétention chronique par obstacle urologique, plus rarement par paralysie périphérique du détrusor ou bien par parésie vésico-sphinctérienne en relation avec une atteinte médullaire.

Il faut connaître également la dysurie fonctionnelle où il n'existe aucun obstacle organique et où, pourtant, une gêne très voisine se produit lors des mictions, voire même une impossibilité, en général momentanée, d'uriner. Une telle dysurie peut être d'origine psychique, survenant en liaison avec une anxiété importante ou des stress inhabituels qui peuvent aller jusqu'à provoquer une rétention d'urine. Un traitement anxiolytique et spasmolytique permet alors d'améliorer la situation.

La pollakiurie et l'impériosité mictionnelle

La pollakiurie peut être diurne ou nocturne ou les deux à la fois. Elle peut s'accompagner d'un besoin impérieux, qui se complique lui-même d'une difficulté ou d'une impossibilité à retenir les urines. Cette difficulté à se retenir se transforme aisément en incontinence :

– dès que le patient a une difficulté physique à se rendre jusqu'aux urinoirs ;
– également s'il est désorienté et ne retrouve pas aisément son chemin ;
– s'il renonce psychologiquement à la propreté.

Même si le besoin mictionnel a été impérieux, lorsqu'il n'existe pas d'obstacle urinaire, la miction survient brutalement, abondante et en jet.

La cause habituelle est représentée par un ***obstacle sur les voies urinaires*** : adénome prostatique, cancer, rétrécissement. L'hyperactivité vésicale peut être la conséquence de la lutte vésicale contre l'obstacle ou bien d'une affection vésicale propre comme l'infection urinaire.

Un autre ordre de cause importante est représenté par une ***affection neurologique centrale***, c'est-à-dire un accident vasculaire cérébral, en particulier à localisation frontale, bien plus rarement une myélopathie.

Une affection psychiatrique peut se caractériser par une pollakiurie essentiellement diurne avec un nombre considérable mais variable de mictions d'un volume très faible, entraînant une préoccupation quasi exclusive sur la sphère urinaire avec des plaintes permanentes, parfois un prurit et des dou-

leurs de tout le pelvis. De tels troubles peuvent survenir en cas de poussée anxiodépressive avec dévalorisation, crainte de salir, de sentir mauvais, besoin d'isolement, refus du contact. L'absence de cause organique, d'obstacle ou d'infection urinaire doit conduire à un traitement à visée psychique en tout premier lieu.

La détérioration cérébrale. – C'est une cause majeure d'incontinence chez le sujet âgé, mais qui ne doit pas être observée et admise passivement.

Dans un premier temps, la détérioration cérébrale, quelle qu'en soit l'origine : maladie d'Alzheimer, démence artériopathique, maladie de Parkinson ou hydrocéphalie à pression normale, déclenche seule, ou souvent en association avec une autre perturbation, des mictions avec pollakiurie. Dans ce cas, une détérioration débutante facilite les mictions incontrôlées par comportement inadapté, désorientation ou stress anxieux. Il est possible d'enrayer la progression de l'incontinence en facilitant et en rééduquant le comportement mictionnel, bien qu'on se heurte à des capacités d'apprentissage limitées. Ultérieurement, la progression de la démence, et en particulier l'atteinte frontale, entraîne les comportements ***d'urination***. Le sujet urine au moment même où il a envie, là où il se trouve, en public, dans un lieu inadéquat ; il méconnaît le plus souvent l'usage des WC, des chaises percées ou de l'urinal. Il doit être conduit et aidé systématiquement à des heures régulières, en déclenchant éventuellement le réflexe mictionnel.

Si le patient a une cause quelconque d'alitement, il faut se méfier d'une sonde à demeure, pratique sur le moment, mais qui après ablation laissera le patient complètement incontinent.

Il est important de lever rapidement le sujet au fauteuil, de reprendre la marche et les déplacements vers les WC et de ne pas se contenter des couches absorbantes ou des couches culottes que le patient détérioré s'ingénie à détruire, à perdre et à transformer en charpie.

On comprend ainsi que l'attention aux troubles mictionnels fait partie des sujets d'intérêt du psychiatre, qui sinon aurait tendance à négliger ces détails triviaux qui apparaissent pourtant essentiels dans la vie quotidienne du patient, et conditionnent la vie sociale qu'il va pouvoir mener.

Les douleurs

La symptomatologie douloureuse prend une grande importance chez la personne âgée qui se ressent comme une personne souffrante avant tout. La douleur est souvent prise non seulement comme symptôme, mais comme une maladie en tant que telle ; elle est explicative de l'impotence, des handicaps, elle est l'origine de demandes considérables, multiples et répétitives de médicaments ou de thérapeutiques diverses, jamais véritablement satisfaites. C'est dire quelle place doivent tenir le thérapeute et les équipes ins-

titutionnelles devant des difficultés quotidiennes variées tournant autour des douleurs.

Valeur symptomatique de la douleur

Crise douloureuse aiguë. – Il faut signaler que chez la personne âgée de nombreuses maladies graves ne se signalent pas par des douleurs aussi violentes et aussi significatives que chez l'adulte jeune (infarctus du myocarde, occlusion intestinale, rétention d'urine comportent ainsi des formes amoindries). Participent à cette atténuation de la symptomatologie, diverses thérapeutiques psychotropes ou antalgiques que le patient peut absorber de façon régulière.

En tout cas, il est bien difficile d'affirmer que la douleur (perception par essence subjective) est ou n'est pas, la conséquence d'une affection somatique déterminée.

De même, la douleur chronique et son retentissement psychologique sont difficilement dissociables.

La douleur est le plus souvent considérée comme primitivement d'origine somatique et explicative de façon « légitime » et immédiate de l'impotence physique, de l'inactivité, du repli sur soi, de l'insomnie, de la fatigue et d'un mauvais moral.

A l'inverse, toute personne âgée qui montre un retentissement comportemental exagéré par rapport à la douleur évaluée arbitrairement par l'observateur risque d'être considérée comme comédienne, hystérique ou bien malade imaginaire. Pourtant, plus souvent qu'un syndrome dépressif causé par la douleur, il faut admettre que très habituellement un syndrome anxio-dépressif accentue les plaintes douloureuses multiplie les sites douloureux parfois mobiles et rend inefficaces les mesures thérapeutiques courantes.

Les douleurs psychogènes sont difficiles à affirmer sur la simple description du tableau clinique, même si l'on croit pouvoir affirmer l'intégrité somatique, ce qui est bien aléatoire chez la personne âgée. Il est pourtant d'expérience courante de découvrir des dépressions à expression somatique douloureuse, ou des dépressions dont la symptomatologie est masquée par l'intensité des douleurs. Il faut admettre que le test thérapeutique, par des antidépresseurs à dose suffisante, est en fait décisif pour confirmer une impression clinique allant dans ce sens.

La douleur viscérale profonde, permanente ou bien mobile, s'accompagne souvent chez l'hypocondriaque d'impressions imagées et de théories diverses sur la cause présumée. Le glissement possible vers des thèmes de négation (zoopathiques ou nosophobiques) doit être relevé par une écoute attentive. L'existence d'une expression délirante des douleurs ne doit pas éviter de leur rechercher une cause somatique.

L'expression hystériforme de la douleur (cris, pleurs, malaises et chutes, demande permanente d'antalgiques, surtout en présence de tiers) est très fré-

quente chez la personne âgée. Elle n'implique pas obligatoirement une structure ou des antécédents hystériques typiques. Elle ne doit pas être un motif pour négliger, minimiser ou refuser la plainte exprimée. Celle-ci peut avoir une valeur de signal tant d'un trouble somatique que d'un malaise psychologique.

Diagnostic étiologique et topographique

Les céphalées. – Il existe une baisse très nette de la fréquence des migraines typiques chez les sujets âgés, alors que diverses étiologies telles que névralgie du trijumeau, zona ophtalmique et artérite temporale, viennent prendre une ampleur considérable. Mais les céphalées accompagnent fréquemment les poussées d'HTA et les suites de traumatisme crânien (même en dehors d'un hématome sous-dural). Fréquemment, il existe des plaintes à localisation occipitale, avec un mélange de projections de l'arthrose cervicale et de sensations vertigineuses. Souvent les céphalées accompagnent les syndromes dépressifs ; elles s'associent à la sensation de fatigue intellectuelle et à la baisse des capacités d'attention.

Les douleurs thoraciques. – Les douleurs liées aux affections dégénératives et inflammatoires de la cage thoracique, jusqu'à l'ostéoporose et aux fractures sont fréquentes. Elles sont associées dans l'esprit du patient à la notion de dyspnée douloureuse, épuisante et associées à la crainte d'un mauvais état cardiaque.

Les douleurs abdominales. – Tout le fonctionnement digestif peut être désigné comme douloureux depuis la phase de la déglutition, jusqu'aux douleurs épigastriques, aux reflux œsophagiens, aux digestions pénibles et à la constipation entraînant un ballonnement douloureux.

Il est important de faire préciser comment la douleur est ressentie mais aussi la signification que le patient lui donne, et la perturbation du système digestif qu'il croit dépister ; souvent s'associent la crainte du cancer et des troubles de la nutrition (régimes aberrants, anorexie, boulimie).

Les douleurs rhumatismales. – Les douleurs d'origine osseuse, articulaire, musculaire et nerveuse périphérique sont très fréquentes ; l'étiologie précise n'en est pas toujours facile à déterminer et il est bien rare que le traitement soit spécifique.

Le patient apparaît pour l'essentiel comme un être douloureux qui s'exprime surtout à propos de ses souffrances. Plus le patient est âgé et amoindri, moins il tend à se comporter comme un sujet actif, surmontant ses douleurs, c'est-à-dire tendant pour l'essentiel à cacher l'expression de la douleur et cherchant à s'en distraire par une activité persistante. Cela reste plutôt le fait d'une personne âgée active, poursuivant une activité professionnelle ou équivalente.

En fait, la réaction assez caractéristique de la personne âgée est une attitude comportant des plaintes lancinantes et un renoncement aux activités quotidiennes de nécessité ou encore plus de loisir. L'attitude la plus fréquente est donc un repli, un isolement et un refus de contact ou même de nourriture. Parfois, cependant, la personne âgée s'agite, se montre anxieuse, demande de façon plus véhémente un soulagement, cherche un interlocuteur pour parler sans fin et décrire minutieusement ses douleurs. De plus, la douleur peut être l'occasion de démonstrations bruyantes et spectaculaires avec crises ou malaises hystériformes.

Les causes de déclenchement des douleurs sont innombrables depuis la maladie aiguë, les suites du traumatisme et parfois les rhumatismes constituent le fond commun sur lequel peuvent s'imbriquer l'évolution d'une artérite ou d'un cancer. La personne âgée semble, parfois, assaillie et torturée par les douleurs, jusqu'au point d'en faire l'essentiel de ses préoccupations. Celles-ci sont à l'origine d'une limitation des mouvements mais aussi d'un renoncement d'activité, d'insomnie, de fatigue et de retentissement caractériel. Elles contribuent, de façon très importante, à la perte d'autonomie et à une quête indéfinie de soins et de médicaments.

Nous savons maintenant que l'information douloureuse ne vaut que ce qu'intègrent les structures supérieures et la conscience du patient. C'est dire que nous devons toujours tenter d'évaluer ce qui répond à une conduite dépressive, au renoncement, à la baisse de l'élan vital et rechercher ce qu'il est possible de faire en dehors du traitement direct de la cause déclenchante et de la prescription d'antalgiques.

4 L'ENVIRONNEMENT ET L'ENTOURAGE SOIGNANT DE LA PERSONNE ÂGÉE

LES ATTITUDES DE L'ENTOURAGE

L'entourage, dont l'individu avait plus ou moins réussi à se libérer en construisant son autonomie, se rapproche à nouveau inéluctablement. L'épigenèse tardive, c'est-à-dire la construction tardive de soi et de ses relations, s'accomplit désormais dans le cadre d'une dépendance croissante. Aux imprévoyants, les crises vitales rappellent, parfois durement, combien elles sont dommageables pour n'avoir pas été préparées. On songe à la prévoyance matérielle indispensable, à laquelle il convient d'ajouter l'évaluation de la distance affective profitable. Cette évaluation n'est jamais donnée d'emblée. Elle est le produit d'ajustements successifs. Certains sujets, naturellement doués, règlent les choses à la bonne distance. Mais la plupart du temps, le recours à un tiers est bien utile, voire nécessaire.

Le triangle clinique

Nous ne pouvons connaître la réalité psychique que du poste d'observation que nous occupons. Une consultation hospitalière, par exemple, est d'abord une plaque tournante, un poste d'aiguillage, mais aussi un lieu d'évaluation auquel l'intéressé et sa famille s'adressent rarement d'emblée, sans avoir préalablement franchi plusieurs étapes. C'est dire l'importance de l'enjeu, un investissement dont le clinicien est le premier bénéficiaire si l'attente des demandeurs est mesurée, dont il est la victime si elle est idéalisée.

L'ensemble dynamique évolue selon le désir de l'intéressé allié à celui du dispositif d'étayage et selon les limites d'intervention du clinicien.

Quand le sujet âgé n'arrive pas seul, l'évaluation de sa demande gagne à être restituée dans la constellation où celui-ci évolue. Au-delà de son fonctionnement propre, la mesure de l'ensemble dynamique porteur reste à prendre. Pour simplifier, appelons cet ensemble le couple « enfant-parent », qui est à examiner plus dans l'actuel que dans son histoire. Que peut-on faire avec les moyens du moment ? En somme, priorité absolue est donnée au présent. L'histoire – y compris l'histoire pathologique – ne prendra sens que plus tard, si la relation thérapeutique dure assez pour lui en donner un.

Le couple « enfant-parent »

La pratique nous enseigne que l'enfant qui se manifeste auprès du médecin est presque toujours le même, y compris dans les familles nombreuses. C'est lui qui est généralement le porteur essentiel de la relation, car le conjoint âgé – quand il vit encore – est souvent amoindri, incapable désormais d'apporter plus qu'une aide limitée.

L'appellation « couple enfant-parent » vise en somme à rendre compte de l'ensemble des forces disponibles, organisées à partir du support familial. Or ces couples s'organisent différemment.

Le couple « fils-père » n'est pas seulement intéressant en raison de sa rareté, mais surtout parce qu'il offre au clinicien une situation d'observation assez compréhensible. Le père et le fils se sont mesurés autrefois. Ils ont même pu se disputer sur la façon de mener l'existence. Bref, les revoilà ensemble, tout près l'un de l'autre, occupés à gérer le temps qui reste. Lorsque le fils peut faire de son père son malade, lorsque son père peut accepter de devenir son protégé, on assiste à des moments de grande chaleur humaine. La valeur réparatrice des soins y est pour beaucoup, car soigner son vieux père défaillant atténue la culpabilité œdipienne, abaisse par conséquent les barrières défensives des protagonistes. Il n'est pas exceptionnel que ces rapprochements heureux donnent lieu à une relecture réciproque de l'histoire commune. Elles permettent aussi de découvrir que les ardeurs combatives d'autrefois étaient à la mesure d'une affection réciproque, par exemple. Cependant, cette affection n'est jamais acquise de façon définitive. Elle peut être même singulièrement menacée par les difficultés actuelles. Au clinicien de veiller au grain, de protéger les positions atteintes, de travailler au rapprochement.

Le couple « fils-mère » est déjà plus fréquent. Il porte toujours la marque de liens privilégiés où la mère valorise les succès du fils, où le fils – lorsque le père est déjà mort – réalise un vieux rêve, presque toujours inconscient, d'avoir enfin sa mère pour lui seul. Ceux qui douteraient de la validité de mon interprétation peuvent tourner leur regard vers les réactions de l'épouse (la belle-fille). N'y a-t-il pas dans son retrait trop digne ou, à l'opposé, dans ses interventions intempestives le réveil de sa jalousie à l'idée de se sentir exclue ? Aussi l'approche clinique de la mère ne peut-elle s'accomplir qu'avec la permission du fils. Les investigations, le travail thérapeutique ne dureront qu'avec son accord. A chaque rencontre, il faut savoir doser, ménager un temps à deux, puis à trois. A la différence d'avec la pédopsychiatrie, le poids du réel est si fort, la part des bénéfices secondaires si grande qu'on obtient rarement du fils le fait d'accepter une démarche pour lui-même. Quand elle a lieu, c'est sur la base d'un travail antérieur, un cas de figure encore exceptionnel. La plupart du temps, on reste en surface pendant des mois jusqu'à ce que l'un des éléments du couple offre une ouverture. C'est un des paradoxes supplémentaires de la clinique du troisième âge que d'être ainsi placé devant un « actuel interminable ».

Le couple « fille-mère » prédomine largement. Qu'il s'agisse d'une fille célibataire jamais séparée de sa mère, d'une fille divorcée revenue après un temps d'absence, d'une fille mariée chargée de famille, l'organisation même de leur relation en exclut tôt ou tard le médecin. Il y a tant de sous-entendus dans leur discours, tant d'accord implicite dans leur désaccord, tant de choses seulement connues d'elles sans jamais avoir été dites qu'on progresse généralement en terre étrangère, où l'on croise des comportements familiers dont on sera à jamais séparé par l'épaisseur de l'exotisme. Alors il faut limiter ses ambitions, s'exercer à la souplesse, se contenter de ce qui est offert, savoir qu'on n'aura probablement jamais rien de plus qu'un rôle auxiliaire. Le succès est à ce prix. D'ailleurs elles ont généralement pris leur décision avant de consulter un tiers. Lorsqu'elles s'adressent à lui, c'est pour vérifier la faisabilité de leur projet. Leur attente se borne à celle d'une assistance technique. Parfois cependant, la fille ouvre la porte à un échange un peu différent, quand elle a pu s'assurer que le médecin n'avait aucune envie de s'approprier sa mère.

Curieusement, *le couple « fille-père »* ne se rencontre pas souvent en clinique ambulatoire courante. Serait-ce parce que les pères vivent moins vieux que les mères ? L'argument pour être juste démographiquement reste bien mince sur le plan psychologique. Aussi pouvons-nous imaginer que si ces situations sont peu données à voir à l'hôpital c'est peut-être parce qu'elles sont d'abord gérées au domicile du vieillard, dans un climat d'intimité et de discrétion. Il est vrai que la fille dévouée – souvent une célibataire effacée – donne à sentir dans sa sollicitude pour son parent malade que sa fonction d'infirmière satisfait un vieux rêve pas toujours très conscient : celui de materner un être cher, de lui offrir les marques de tendresse d'une femme aimante. A l'appui de cette hypothèse nous pouvons noter que les modalités de soins fournissent une canalisation supportable aux excitations, les empêchant de devenir trop envahissantes même lorsque la fille doit soigner son père « au plus intime ». Grâce au cadre des soins, la fille ne se trouvera pas nécessairement dans la délicate position d'Anna O. Du reste, pour désigner « sa noble et loyale compagne de misère », Freud n'a-t-il pas surnommée « Antigone » sa fidèle Anna, pointant par cette formulation le caractère civil d'un œdipe bien assumé de part et d'autre ? (P. Gay, 1991). En somme, si les avis sollicités par *le couple fille-père* se limitent le plus souvent à des considérations techniques, c'est peut-être parce que l'harmonie affective qui les relie leur convient ; un appel à un tiers leur parait alors superflu. Une situation à respecter.

L'observation des positions affectives révèle que les attitudes de l'entourage peuvent être adoucissantes ou aggravantes. Bien entendu, on tente de favoriser les unes et de réduire les autres. Ce n'est pas toujours facile. Les positions les plus contrastées s'expriment généralement dans le domaine de la démence. La perte de l'individualité psychique qui atteint le dément touche douloureusement l'entourage. Se pourrait-il qu'il en fût autrement ? Aussi,

l'entourage répond de façon protectrice et défensive tout à la fois. Lorsque la défense de l'entourage vise à souligner la perte de performances du dément, le résultat sur l'intéressé est en général désastreux. Le dément savait déjà qu'il déclinait, fallait-il le lui rappeler ? On objectera qu'il n'a plus la conscience suffisante pour le savoir. Un examen attentif de ses réactions donne pourtant le sentiment du contraire. A tout le moins, le dément est-il capable de saisir que ce qu'il fait n'est pas bien dans la mesure où il perçoit la réprobation de l'entourage, même si la complexité intellectuelle de l'opération échappe. Il faut alors analyser la castration réveillée chez les enfants pour conduire vers un deuil du parent perdu et favoriser un meilleur ajustement à la situation actuelle.

Les modalités du parentage

La notion de parentage vise à souligner la valeur organisatrice de la filiation affective par rapport à la simple filiation génétique connue sous le nom de parentèle.

Elle nous semble appropriée à désigner le commerce d'objet qui se développe à l'occasion d'un changement de rôle dans l'ordre des générations. Le changement est inévitable lorsqu'il s'agit de devenir le parent de ses parents quand ceux-ci sont atteints par une défaillance majeure et durable.

Ce parentage-là mérite une attention particulière. La vie du sujet âgé se caractérise par une succession de crises séparées par des intercrises. Les modalités de parentage dépendent de ces moments remarquables. La crise est généralement provoquée par un conflit ouvert ou par un accident somatique. Le conflit ouvert porte sur des choix vitaux. Une mère qui se démentifie peut-elle, par exemple, rester vivre au domicile quand elle oublie de fermer le gaz, ignore quels médicaments elle consomme, laisse s'entasser les factures... ? Devant l'accumulation de réalités préoccupantes, un fils peut légitimement se déclarer débordé, en appeler à l'aide hospitalière pour se décharger d'un fardeau. Cependant, un examen patient des fantasmes des parties en présence conduit souvent à trouver des solutions de maintien au domicile que l'état de conflit ne permettait pas de trouver. Dans un premier temps, on a éteint l'incendie, il conviendra ensuite de l'empêcher de reprendre par une surveillance régulière.

L'accident somatique toujours redouté, toujours attendu, est généralement moins difficile à régler médicalement que psychiquement. C'est que l'accident réveille toutes les questions de l'organisation actuelle et future. L'appel aux enfants est manifeste. Chacun fait le bilan de ses moyens. Les enfants, génération intermédiaire entre les petits-enfants en âge de formation et les parents en âge de dépendance, ploient sous l'effet de la double pression qui s'exerce sur eux. C'est par là que le système peut décompenser. Il convient donc de procéder à une évaluation claire de l'accident somatique, puis de

réunir les intéressés pour choisir une orientation compatible avec l'ensemble des données du moment. Généralement, les intéressés ont déjà imaginé plusieurs solutions. Les exposer devant un tiers en facilite le choix. Le travail du clinicien consiste à aménager les conditions psychologiques du passage d'un mode d'organisation à un autre. La question de la mort est toujours présente. Il n'est pas facile d'en parler, surtout quand elle est recouverte par un déni massif que nul n'a le droit de briser. Ainsi ce malade, opéré d'un cancer du poumon, déclarant au psychothérapeute : « pourquoi aurais-je besoin de vous voir ? J'ai déjà payé d'un poumon. » Comme si on pouvait payer la mort, comme s'il suffisait de la payer pour s'en défaire.

A distance de la crise, on voit ressurgir le problème des conditions de vie. Encore une fois, le choix des lieux et la façon de les occuper se conjuguent. Deux exemples : le choix d'une maison de retraite et la façon dont l'Œdipe se rejoue dans le cadre du parentage.

Le choix d'une maison de retraite est toujours un moment délicat, moins pour des questions d'hôtellerie ou de géographie qu'à cause des fantasmes d'abandon qu'il réveille chez le vieillard et les sentiments de culpabilité qu'il active chez les enfants. Tout se passe comme si chacun avait besoin de trouver les termes d'un nouveau contrat de vie familiale avant de signer valablement l'engagement demandé par l'institution d'accueil. Ce travail-là nécessite la présence d'un clinicien averti. On ne peut pas le considérer comme accompli tant qu'on se borne à donner des adresses. Il faut prendre la mesure de ce dont chacun se sent capable, ne pas hésiter à se revoir aussi souvent que nécessaire, ne jamais anticiper sur la capacité du sujet âgé à se déterminer par ses propres moyens, ce qu'il fera dès qu'il aura vérifié la solidité du réseau de soutien.

Nous avons déjà évoqué le fils qui réalise un vieux rêve lorsqu'il prend sa vieille mère sous sa protection, après le décès du père. L'Œdipe y retrouve son compte, en tout bien tout honneur, tant que la disparition du père ne relance pas trop vivement la culpabilité des survivants. Quand c'est le cas, on assiste à une sidération partielle ou étendue des échanges de tendresse. Les rapports se limitent au quotidien et chacun s'appauvrit dans son coin si un tiers ne vient pas les en sortir. Une intervention ponctuelle a souvent des effets heureux, en particulier chaque fois que le clinicien trouve le moyen de libérer une agressivité qui ne tomberait plus, pour une fois, sous le coup d'une réprobation.

Il existe aussi des filles qui se lancent à la conquête de leur mère. Ces conquérantes visent à s'approprier l'objet de leur désir par une suractivité dominatrice, comme si elles avaient une revanche à prendre sur le temps d'une enfance où elles auraient dépendu d'une mère suractive et puissante. A bien les regarder, on s'aperçoit que cette surpuissance-là existe surtout dans leurs fantasmes, qu'elles préfèrent mettre en acte plutôt que de travailler à les comprendre. Ces femmes préfèrent généralement le jeu de la séduction à la

recherche patiente de la vérité. On les retrouve parfois dans le rôle de championnes d'un obscurantisme savant.

En somme, l'attention que le clinicien porte à l'attitude de l'entourage vise deux objectifs : évaluer la souffrance induite par le sujet âgé dans le dispositif d'étayage afin de tenter de la réduire, prendre la mesure de la solidité de ce système d'étayage pour estimer la qualité de la collaboration qu'il peut offrir. Un chemin reste à parcourir ensemble. Le clinicien n'est que le superviseur d'une situation gérée par d'autres. Mais il est aussi un modèle identificatoire pour les enfants, pour les soignants. Selon sa capacité à prendre soin des sujets âgés, il induit des comportements mieux que ne sauraient le faire de pieux discours.

LIEUX DE VIE/LIEUX DE SOINS/ DONNÉES MÉDICO-SOCIALES

Le vieillissement de la population se poursuit en France comme dans l'ensemble des pays européens. Les personnes âgées de plus de 60 ans représentent en 1990 presque 20 % des 56 millions d'habitants qui constituent la population française. Elles en représenteront le quart en 2020, soit plus que les moins de 20 ans.

En 2005, la France compte un peu plus de 60 millions d'habitants sur lesquels 16 % de personnes âgées de plus de 65 ans, soit une tranche de la population, de près de 10 millions d'habitants. Le nombre de ceux qui ont 85 ans et plus dépasse un million en 2005.

En France, les centenaires sont passés d'un nombre de 4 000 en 1990 à 8 000 en l'an 2000 et 16 000 en 2005. Il y avait encore 7 « poilus » survivants en 2006, ayant combattus lors de la guerre de 14/18, et plus que centenaires. En 2008, le dernier poilu de 14/18 vient de s'éteindre hypercentenaire. Depuis 1950, le nombre des centenaires a doublé tous les 10 ans dans les pays à faible mortalité. De plus, la chute de la mortalité se confirme même pour les centenaires entraînant l'apparition des hypercentenaires (> 110 ans) qui ne sont plus des cas exceptionnels. En 2008 un seul poilu de 14/18 est encore vivant.

L'espérance moyenne de vie à la naissance est passée de 45 ans en 1900 à 70 ans en 1958 et 80 ans en 2004. Mais avec un net différentiel, selon le sexe : l'espérance de vie à 65 ans chez l'homme est de 15 ans en 1990, elle est montée à 17 ans en 2003. Cependant que chez la femme, elle est de 20 ans en 1990 puis de 21 ans en 2003. Chez les Françaises, l'espérance de vie qui est de 81 ans en 1990 est montée à 84 ans en 2005, représentant toujours le chiffre le plus élevé de l'Union Européenne.

La notion d'espérance de santé cherche à savoir si les années gagnées seront vécues par une personne âgée en bonne santé, car avec les années, il y a

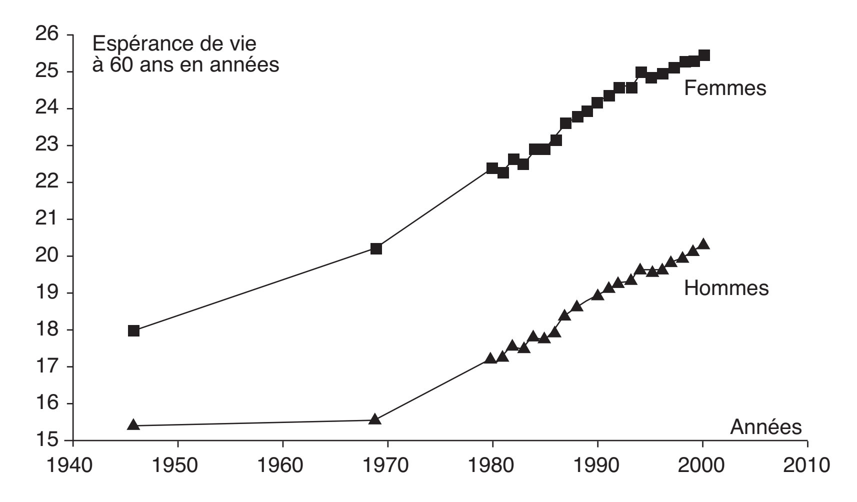


Figure 4-1. *Espérance de vie à 60 ans, femmes et hommes en France.*

un risque croissant de morbidité, puis d'incapacité. C'est pourquoi a été introduite la notion d'espérance de vie sans incapacité, qui est un bon indicateur pour apprécier les conséquences globales d'une politique de santé sur les affections physiques et mentales. Ainsi, à 65 ans, l'espérance de vie sans incapacité est de 8 ans pour les hommes, 10 ans pour les femmes en 1981, puis de 12 ans en 1991 et pour les hommes de 10 ans à la même époque (*cf.* figure 4-1).

Il existe une tendance à une croissance de l'espérance de vie sans incapacité plus lente que l'espérance de vie, donc à une diminution de la proportion des années vécues dans la vieillesse sans incapacité. En effet, les soins prodigués à une personne âgée atteinte d'une affection cardiaque ou neurologique peuvent laisser le sujet en vie mais handicapé. Ainsi, les déments bénéficient, eux aussi, d'une prolongation de leur durée de vie, mais avec handicap. Ceci ne peut qu'entraîner un fort retentissement économique puisque, parallèlement, leur nombre va croissant. Évalué en France à plus de 400 000 patients en 1990, il dépasse 850 000 en 2004. Aux USA, le coût moyen du suivi d'un malade atteint d'Alzheimer a été estimé à plus de 200 000 dollars, ce qui donne à réfléchir !

Actuellement, l'immense majorité des personnes âgées vit à domicile (94 %). Les capacités d'accueil des lieux d'hébergement spécifiques vont pourtant toujours en croissant. L'hospitalisation de long séjour est passée de 60 000 places en 1987 à plus de 78 000 en 2003. L'hébergement pour personnes âgées (système public et privé) est passé à 450 000 places en 2003, avec une croissance de 150 000 places pour les logements-foyers et maisons de retraite privées. Il y a en moyenne 25 000 entrées nouvelles par

an en long séjour, 25 000 en logements-foyers et 120 000 en maison de retraite. C'est pourquoi il faudra apporter des réponses d'une part aux prestations vieillesse (en 2010 il y aura un peu moins de 2 cotisants actifs pour un retraité), d'autre part aux conditions d'hébergement collectif des personnes âgées, et bien entendu aux autres soins et autres aides qu'il faudra leur apporter l'âge venant.

Une politique de santé gérontologique

Il est apparu de plus en plus nécessaire de mettre au point une politique de santé qui s'adresse à l'ensemble de cette population âgée, à ses spécificités, à ses besoins et de coordonner toutes les structures qui apparaissent de plus en plus incontournables pour faire face à une multitude complexe de situations.

Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

Instruments de proximité pour l'information du public et la coordination de l'action gérontologique, les CLIC constituent un des outils de la politique départementale en faveur des personnes âgées.

Lieux d'accueil, de conseil, d'orientation des personnes âgées et de prise en charge des situations complexes, les CLIC ont été constitués autour de trois objectifs généraux :

– faciliter l'accès aux droits;

– mettre en réseau les professionnels de santé;

– coordonner les acteurs locaux dans le cadre du maintien à domicile.

En 2004, on recense 517 CLIC répartis sur 96 départements. 24 départements sont parvenus à parachever le maillage de leur territoire.

Les missions du CLIC se déclinent selon trois niveaux de label :

Niveau 1 :	Permet l'accueil, l'écoute, l'information et l'orientation des personnes âgées vers les prestations disponibles ou les aides possibles.
Niveau 2 :	Complète les missions précédentes par des actions d'évaluation des situations individuelles, l'élaboration de plans d'aide personnalisés et s'assure de leur suivi.
Niveau 3 :	Ajoute les missions de coordination des acteurs de santé, l'élaboration de prises en charge médico-sociales et le montage des dossiers administratifs qui s'y rapportent.

Ces CLIC se doivent de formaliser par convention le partenariat avec les établissements sanitaires et médico-sociaux intervenants.

Ainsi, les CLIC qui ne s'adressent pas seulement aux personnes âgées dépendantes interviennent sur tous les champs qui concernent les personnes âgées y compris celui de la prévention.

Leur financement procède d'un co-financement de l'Etat, du département mais aussi de caisses de retraite, d'hôpitaux et autres structures sociales.

Les réseaux de santé

Les réseaux de santé visent à améliorer la prise en charge des patients par une meilleure coordination des activités diagnostiques et/ou thérapeutiques à partir de ce qui existe déjà et en favorisant éventuellement des activités nouvelles.

Le réseau peut être destiné à une tranche d'âge, ou bien à une pathologie donnée. Il cherche alors à s'appliquer « aux priorités nationales de santé » qui sont présentées et financées chaque année après validation par le vote du parlement. Pour les personnes âgées, il s'agit essentiellement des réseaux gérontologiques, mais aussi anti-cancer, maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

Les réseaux sont présentés le plus souvent au nom d'une association loi 1901 ad-hoc, ils formalisent leur objet et les résultats opérationnels attendus. Les financements sont prévus pour 3 ans.

En dehors des tâches de coordination des acteurs de santé, les réseaux s'attachent à une population particulière sur une aire géographique bien définie et prévoient l'évaluation précise de la qualité des résultats obtenus.

Ainsi, on voit très fréquemment utilisées des unités d'évaluation, celles-ci tenant compte aussi bien de la situation médicale que du contexte socio-économique et de l'entourage effectif (aidants familiaux et autres bénévoles).

Les réseaux gérontologiques s'astreignent essentiellement à la coordination des soins, des itinéraires médicaux les plus appropriés, de la participation des médecins de ville et de la mise en oeuvre des équipes soignantes à domicile.

Les réseaux Alzheimer se sont fixés surtout comme objectif un meilleur dépistage des troubles de mémoire et une plus grande précision du diagnostic des autres troubles cognitifs. Mais d'autres objectifs sont à prévoir :

– meilleure prise en charge des troubles du comportement ;

– amélioration des indicateurs permettant d'envisager la nécessité d'une prise en charge institutionnelle ;

– rationalisation des traitements médicamenteux ;

– prévention des accidents iatrogènes ;

– prévention des tentatives de suicide.

Si la plupart des réseaux insistent sur le maintien à domicile et l'aide à ce maintien, il ne faut pas négliger la coordination entre les services hospitaliers et les EHPAD.

Le financement dépend du fond d'aide à la qualité des soins de ville, puis des fonds provenant de la dotation nationale des dépenses d'assurance maladie (dotation régionale des réseaux).

Les réseaux gérontologiques sont, le plus souvent, en lien avec les CLIC.

A noter que les tout premiers réseaux gérontologiques ont été fondés dans les années 1980 avec comme but essentiel de mieux s'occuper des âgés porteurs de polypathologie résidant à leur domicile.

En septembre 2004, on pouvait dénombrer 43 réseaux gérontologiques et si les crédits sont maintenus on peut s'attendre à une croissance de leur nombre.

Il n'a pas été signalé, au titre de conséquence imprévue de savoir, à la suite de la canicule, si une meilleure prise en charge et une moindre mortalité a pu être mise en évidence dans leurs secteurs géographiques.

On comprendra qu'il est difficile de parler en général de la situation des personnes âgées par rapport aux diverses grandes variables : vie à domicile, hébergement en institution, maladies somatiques et mentales, dépendance plus ou moins prononcée. C'est pourquoi, il nous paraît indispensable de décrire les personnes âgées en les répartissant en trois tranches d'âge correspondant à une description médico-sociale la plus discriminante possible.

Les jeunes retraités (de 60 à 74 ans)

C'est la situation majoritaire qui caractérise le mieux les trois quarts des personnes âgées de plus de 60 ans et jusqu'à 74 ans (*cf.* figure 4-2).

A cet âge, la moitié de ces personnes vit dans un ménage qui se réduit à un couple, dont l'un puis l'autre atteindra 60 ans et plus et prendra sa retraite. C'est également l'âge d'une vieillesse active : les actifs professionnellement représentent encore 20 % jusqu'à 65 ans et parmi les autres beaucoup profitent de leur bon état de santé pour s'occuper à des activités distractives ou de bénévolat (participation à des clubs et à des associations spécifiques du troisième âge ou non, bénévoles, humanitaires, ou surtout d'aide à leurs enfants et petits-enfants).

En 1991, 10 % des enfants de moins de trois ans sont gardés au domicile par un membre de la famille, 14 % hors du domicile. La cohabitation d'une personne âgée qui ne vit pas en couple, mais chez un proche familial, en général un enfant, est faible; elle n'est plus que de 8 % de la tranche d'âge, alors qu'elle était de 20 % 30 ans auparavant (*cf.* figure 4-3, p. 103).

L'amélioration de la situation financière des retraités contribue, ainsi que les diverses aides sociales, à rendre possible leur autonomie financière et par conséquent leur autonomie de logement. La cohabitation avec les enfants n'est plus le seul recours à ce qui était parfois le signe d'un complet dénuement financier dans le passé. On voit même plutôt l'inverse, c'est-à-dire que les vieux couples assurent le recueil d'un jeune adulte célibataire

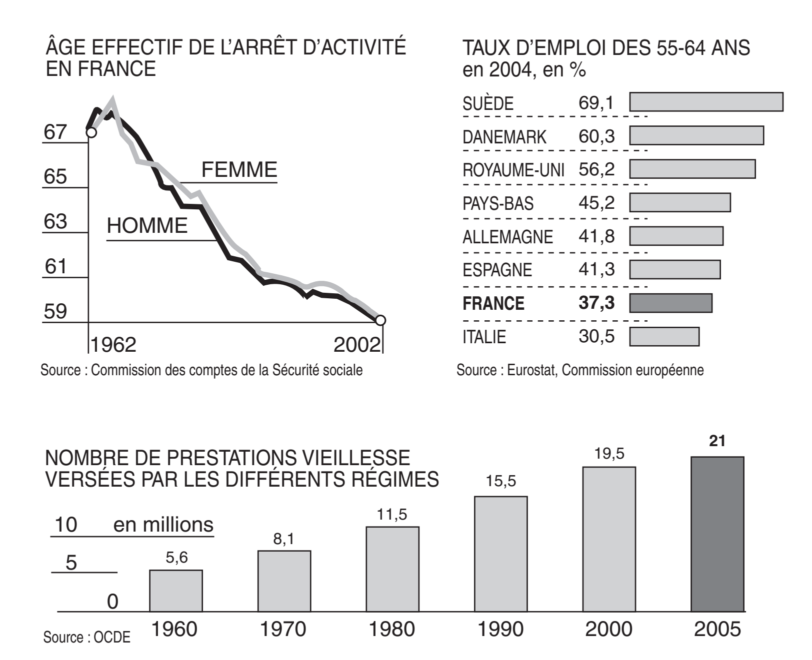


Figure 4-2. *La retraite en France*

ayant des difficultés d'insertion sociale et d'autonomisation et/ou parfois aident ou accueillent un ascendant très âgé.

Dans cette tranche d'âge, 98 % des personnes vivent dans un foyer ordinaire. Mais, parallèlement au retrait de l'un ou l'autre de la vie active, peut s'effectuer une décision de changer de lieu ou de type d'habitation, par exemple de déménager pour un foyer-logement. C'est le moment où peut se décider le retour à la région de naissance, au village natal, à la campagne ou, plus généralement, vers des cieux plus cléments. C'est l'époque où le couple peut décider d'aller occuper un logement plus petit, mieux situé, en zone rurale avec jardin. Avec une voiture, le couple peut affronter une zone avec moins de commodités, mais avec la tranquillité et l'isolement relatif de la campagne.

Il faut savoir que 70 % des âgés de plus de 65 ans habitent une maison ou un pavillon particulier. Ils sont souvent propriétaires de ce logement qui constitue l'essentiel de leur patrimoine. De plus, 15 % des personnes âgées de 60 à 75 ans ont un second logement où ils vont pouvoir se rendre pour des vacances. Il faut dire que les personnes âgées partent de plus en plus souvent en voyage touristique et en vacances (plus en été qu'en hiver, par avion et bateau, par agences de voyage, à l'étranger, pour des vacances prolongées). Pourtant, si la proportion de personnes qui font au moins un

voyage annuel est d'environ 50 % avant 70 ans, elle tombe à 30 % après cet âge.

La prise de la retraite de l'un et de l'autre des membres du couple formant le ménage provoque des modifications des revenus et du style des dépenses. Un retraité sur deux a effectué une carrière complète et la dispersion du montant des retraites exagère les différences des revenus observées chez les salariés. Les retraites les plus basses sont celles des salariés agricoles et commerçants artisans et les plus fortes celles des cadres et fonctionnaires de catégorie A, les retraités récents ayant une retraite plus élevée que leurs aînés de plus de 80 ans.

Depuis 1956, l'allocation supplémentaire (au lieu du FNS) accorde une allocation aux personnes titulaires de la pension de vieillesse ou d'invalidité pour qu'elles puissent disposer d'un minimum de ressource. La majorité croissante des personnes âgées recevant une retraite normale entraîne le fait que moins de 10 % des moins de 74 ans bénéficient de cette allocation supplémentaire.

Ces jeunes retraités ont une grande hétérogénéité de comportements, mais cette période correspond en général à un certain retrait sur soi-même, dans le noyau familial et à la maison, malgré les activités extérieures dans le cadre d'associations, en vue de voyages, de vacances ou même d'activités religieuses. Les contacts sociaux ont tendance à diminuer par suite de la perte des relations professionnelles. Les dépenses pour le logement sont le premier poste, la dépense pour l'alimentation est élevée et croît avec l'âge ; l'automobile reste un poste important jusqu'à 75 ans. On notera dans la rubrique culturelle les dépenses liées aux livres, journaux et revues.

Dans les relations sociales, les relations amicales et professionnelles s'amenuisent, cependant que les relations de voisinage au contraire prennent plus d'importance comme les relations de parenté. Ceci place dans une position très particulière les personnes âgées solitaires, veuves (68 000 par an) ou veufs (18 000 par an) et les couples qui n'ont pas eu d'enfant. Malgré leur éventuel bon état de santé, ils vont rapidement souffrir d'une réduction importante des contacts sociaux. D'une étude parisienne (F. Cribier 1989), il ressort que parmi les retraités parisiens 23 % des hommes et 31 % des femmes n'ont pas d'enfant. A cet âge, 25 % n'ont pas d'amis et 33 % voient moins de 3 parents par mois. Pour les autres, 12 % vivent avec un enfant, 31 % sont à moins d'une demi-heure d'au moins un de leurs enfants, 15 % habitent le même immeuble ou un immeuble voisin. A cet âge, les échanges de services entre parents et enfants géographiquement proches sont importants et les contacts fréquents. 60 % des enfants rendent visite à leurs parents au moins une fois par semaine (*cf.* figure 4-3).

Bien entendu, les dépenses d'hygiène et celles des soins médicaux sont de plus en plus élevées avec l'âge. Au delà de 55 ans, les trois quarts des personnes inactives suivent un traitement médical. A cet âge, survient un grand nombre de maladies graves, qui vont être à l'origine d'un taux de mortalité

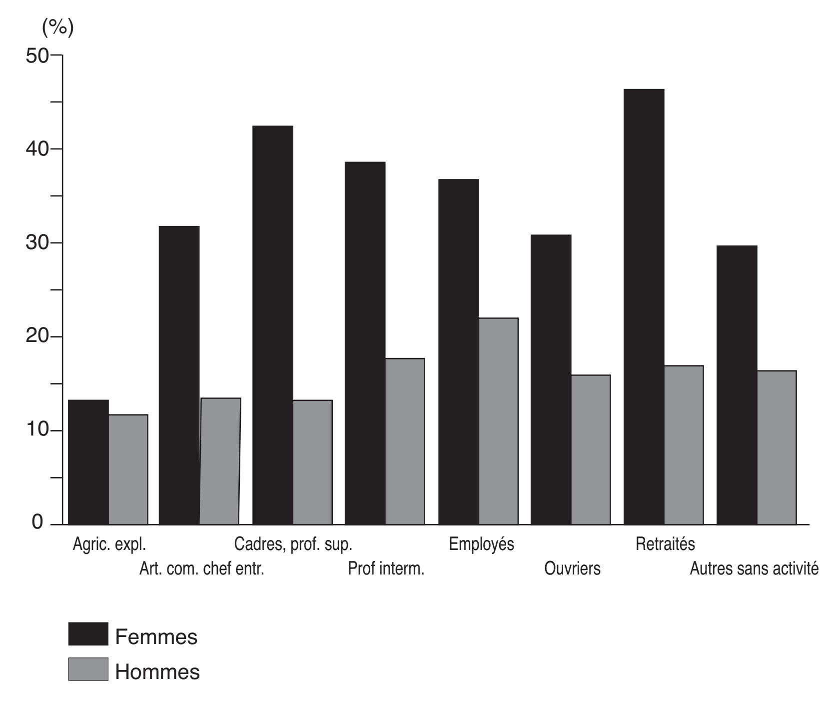


Figure 4-3. *Taux de solitude des personnes de 60 ans ou plus.*
Les femmes vivent plus souvent seules que les hommes. Cette différence est très marquée chez les personnes de plus de 60 ans où l'on compte 42 % de femmes seules pour 16 % d'hommes dans le même cas. La retraite accentue les disparités entre solitudes féminine et masculine : ce phénomène touche 45 % des femmes tandis que 16 % des hommes retraités vivent seuls.

croissant, d'abord les tumeurs cancéreuses, puis les maladies cardiovasculaires et enfin les maladies digestives. La survenue d'une démence est un accident qui reste rare, mais dramatique par cette atteinte essentielle des fonctions cérébrales supérieures chez un sujet par ailleurs souvent en bonne santé. Cela correspond bien aux formes dites préséniles dans les descriptions cliniques.

Le taux des hospitalisations qui s'effectuent dans les unités de court séjour va évoluer de 281 pour mille à 347 pour mille chez l'homme, de 185 pour mille à 246 pour mille chez la femme.

Sauf cas très particulier, dont la survenue d'une maladie grave et invalidante chez l'un des deux membres du couple (comme une démence), il n'y a pas fondamentalement besoin d'une aide au maintien à domicile dans la mesure où leur autonomie véritable physique, psychologique et financière, peut s'exprimer pleinement. Lorsque des maladies surviennent, elles peuvent être assumées par la médecine praticienne, les soignants libéraux et une éventuelle hospitalisation

de courte durée pour maladie aiguë. En cas d'insuffisance des ressources et/ou de maladie invalidante, ils peuvent prétendre à différentes aides :
– l'allocation supplémentaire;
– l'allocation de logement à caractère social;
– l'aide personnalisée au logement;
– l'aide médicale gratuite (3 % des personnes de cet âge).

Le troisième âge (de 75 à 84 ans)

Cette tranche d'âge correspond bien plus réellement à la vieillesse sociale, d'abord parce qu'il n'y a plus qu'une portion infime de cette population qui a une activité sociale productive (moins de 2 %).
Les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes. 70 % des hommes font encore partie d'un couple et 6 % en plus sont accueillis dans un ménage. 30 % des femmes font partie d'un couple, 16 % en plus sont accueillis dans un ménage, et près d'une femme sur deux est solitaire. C'est dire que ceux qui sont devenus veufs (20 000 par an) ou encore plus veuves (43 000 par an) sont nombreux.
La mortalité par cancer double chez la femme par rapport à la tranche d'âge précédente. Elle atteint chez l'homme 264 pour mille avec l'atteinte tumorale dans l'ordre de fréquence des organes suivants : prostate, poumon, intestin et rectum. En effet, la maladie frappe de plus en plus souvent, et un sujet sur deux dans cette tranche d'âge sera hospitalisé dans l'année. La moyenne d'espérance de vie sans incapacité est à 75 ans d'un peu plus de 4 ans. En somme, on pourrait dire que pour une majorité ce sera l'expérience de la solitude et de la maladie avec invalidité.
Les handicaps s'associent : une personne sur deux peine dans les escaliers ou pour effectuer une petite marche au dehors, un tiers a des difficultés notables pour sortir de chez elle si bien que la personne, pour conserver une certaine autonomie, doit être aidée par une femme de ménage (10 %), des parents ou des amis (17 %) ou une aide ménagère dans près de 20 % des cas, selon une tendance croissante de façon continue ces dernières années.

L'aide ménagère

Le rôle de l'aide ménagère tend à dépasser le simple accomplissement de tâches domestiques :
– en assurant une présence, une surveillance et en fondant souvent une relation sécurisante;
– en aidant à des soins d'hygiène et des gestes quotidiens;
– en satisfaisant certaines demandes comme celles de faire les courses, et ce jusqu'à tendre à dépasser les fonctions prévues.
Ainsi l'aide ménagère joue un rôle de veille sanitaire pour toute aggravation de la personne âgée : refus inadapté des repas, état déplorable du logement,

incohérence du comportement, toutes choses qui doivent être signalées à l'organisme dont elle dépend.

Il peut exister une certaine confusion entre le handicap et la maladie qui sont souvent les causes déclenchantes pour convenir de la nécessité d'une aide ménagère. C'est pourquoi, un certificat médical plus ou moins explicatif est exigé d'un médecin traitant. Il est actuellement très difficile d'apprécier la quantité d'heures nécessaires, la limite supérieure étant de 30 h par mois pour des raisons de limitations légales et financières. On a effectivement à faire face à une demande croissante dans ce domaine. Il y a à peu près 100 000 ménages qui en bénéficient (en 90/91) à cet âge.

❒ Les modalités de distribution des prestations en nature

L'aide ménagère avait initialement été créée par les caisses de retraite et par les bureaux d'Aide sociale dans le cadre de l'action sociale facultative.

Mais en 1962, elle est aussi devenue une prestation légale d'aide sociale. Actuellement cette prestation de service est financée par l'APA pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Pour les valides, elle continue d'être prise en charge par les caisses vieillesses et/ou l'aide sociale.

❒ Conditions d'attribution

La personne âgée doit justifier d'un besoin de services ménagers. Ce besoin est établi dès lors que, faute de cette aide, elle serait contrainte de demander son placement en établissement et qu'aucune personne présente au foyer n'est susceptible d'apporter elle-même cette aide. Très souvent, la demande est déclenchée par un certificat médical décrivant la maladie ou les handicaps, parfois complété par une enquête sociale.

La participation financière de l'intéressé est fonction de ses ressources selon un barème fixé par l'organisme financeur. De la sorte, des revenus confortables permettent parfois à un foyer de financer directement les services d'**une auxiliaire de vie** dont il devient l'employeur mais libéré des contraintes administratives grâce aux dispositifs mis en place par l'URSSAF : le chèque emploi service universel (CESU).

Un service d'aide ménagère doit fonctionner dans la commune.

Allocation personnalisée autonomie

Créée par la loi du 20 juillet 2001, l'Allocation Personnalisée Autonomie a vocation à renforcer la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Il s'agit d'une prestation en nature, affectée aux paiements des dépenses d'aides en personnels et en matériels nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne de la personne âgée en perte d'autonomie.

Ces moyens et services, mis à la disposition de la personne âgée, doivent avoir été préconisés par une équipe médico-sociale qui, après analyse de la situation du demandeur, élabore un plan d'aide individualisé.

❐ Qui peut bénéficier de l'APA?

– Toute personne de plus de 60 ans (y compris les sujets étrangers titulaires d'un titre de séjour).
– Ayant besoin d'une aide humaine et/ou matériels pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.
L'APA est attribuée sans condition de ressource, cependant son montant varie selon :
– le degré de perte d'autonomie;
– la composition du plan d'aide proposé par l'équipe médico-sociale;
– les revenus de la personne âgée et de son conjoint ou concubin.
L'APA ne peut se cumuler avec le bénéfice de prestations de même nature (Aide ménagère financée par les caisses de retraite. Allocation Tierce Personne).
Les sommes versées au titre de l'APA ne font l'objet d'aucune récupération sur succession.
L'APA peut être versée à des personnes âgées vivant à leur domicile ou en établissement (selon le cas, le mode de calcul de l'APA est alors effectué avec des modalités différentes).

❐ Évaluation de la perte d'autonomie

• Qui fait l'évaluation?

Cette évaluation incombe à une équipe médico-sociale départementale constituée d'un médecin et d'un travailleur social. Dans le cadre de l'APA à domicile, cette évaluation se fait nécessairement au domicile avec le demandeur et sa famille.
Pour l'APA en établissement, c'est l'équipe soignante de l'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) qui fait cette évaluation sous la responsabilité du médecin coordinateur, avant de la transmettre à l'équipe départementale.
En cas de désaccord entre le demandeur et l'équipe départementale, une équipe de coordination médicale départementale est sollicitée pour rendre son arbitrage.

• La grille AGGIR : outil national d'évaluation (Autonomie – Gérontologie – Iso ressources)

La grille AGGIR se présente sous la forme d'un tableau déclinant la liste des variables reconnues comme « discriminantes » et relatives aux actes essentiels de la vie et des variables dites « illustratives » de la perte d'autonomie (tableau 4-1).

Tableau 4-1. Grille nationale de la dépendance

VARIABLES DISCRIMINANTES

1	COHÉRENCE : converser et/ou se comporter de façon sensée	Cotation
2	ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
3	TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	
4	HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	
5	ALIMENTATION : manger les aliments préparés	
6	ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	
7	TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir	
8	DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...	
9	DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
10	COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...	

VARIABLES ILLUSTRATIVES

11	GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	Cotation
12	CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
13	MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
14	TRANSPORT : prendre et/ou commander un moyen de transport	
15	ACHATS : acquisition directe ou par correspondance	
16	SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin	
17	ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisir ou de passe-temps.	

A chacune de ces variables, le professionnel qui évalue la perte d'autonomie, attribue une lettre selon 3 notations possibles.

1. La personne effectue totalement seule habituellement et correctement tous les actes concernés ;

2. La personne fait partiellement ou non habituellement ou non correctement les actes concernés ;

3. La personne ne les effectue pas du tout.
La grille exclut volontairement les actes effectués par l'entourage afin de mesurer exclusivement ce que peut faire la personne âgée.
Mais les aides techniques et matérielles (prothèses, fauteuils roulants) sont considérées comme « faisant partie de la personne » et palliant à sa dépendance.
On notera que la grille ne considère que les actes non accomplis et néglige les comportements et actions qui, accomplies, participent à la perte d'autonomie (exemple : les fugues, les états d'agitations).
Les données cotées sur la grille seront ensuite traitées par un logiciel diffusé par le Ministère, qui permet un classement en 6 groupes Iso ressources :
– GIR 1 : les personnes les plus dépendantes ;
– GIR 6 : les personnes totalement valides.
Seules les personnes classées en GIR 1-2-3 et 4 pourront prétendre à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

❒ Où s'adresser pour une demande d'APA ?

Au centre d'action sociale de la commune de résidence : CCAS.
Pour les personnes sans résidence stable il existe la possibilité d'élire domicile auprès d'une institution ou d'un organisme social ou médico-sociale agrée à cette fin (CCAS – CLIC – Caisses mutualistes – Associations d'aide à domicile).
L'allocation est attribuée par décision du président du Conseil Général sur proposition de l'équipe médico-sociale départementale.
Elle est servie par le département dont la notification doit préciser :
– le montant de l'APA ;
– la participation financière éventuelle de la personne âgée au plan d'aide (ticket modérateur) ;
– la date du 1er versement (les droits sont réputés ouverts à la date de réception du dossier complet, mais les règlements départementaux modifient parfois cette règle) ;
– la périodicité de la révision du montant accordé.
L'APA peut être versée à titre provisoire en cas d'urgence attestée.
Depuis 2002, l'APA est distribuée par le Conseil Général et fait partie des dépenses d'action sociale départementale. Ces dépenses progressent fortement, année après année, et représentent en 2005 plus de 3 milliards d'euros pour plus de 900 000 bénéficiaires.

Le changement de logement

Le principe du maintien au domicile est le désir exprimé par la majorité des personnes âgées et un fondement essentiel de la politique voulue en leur faveur. Il faut pourtant admettre que le logement occupé par chance ou par hasard à partir de la retraite n'est pas toujours le mieux à même d'assurer une vie confortable, en particulier lorsque la personne âgée dépasse 75 ans

et qu'elle souffre de plus en plus d'un ou plusieurs handicaps. C'est pourquoi, il se développe des formules nouvelles de logement individuel (avec services) ou collectif.

❒ Les soins à domicile

Ce service, fondé en 1978, ne doit pas être confondu avec l'hospitalisation à domicile, qui est un service de suite des soins hospitaliers.

C'est une organisation visant à la prise en charge globale de soins paramédicaux. Il faut entendre par là l'hygiène corporelle, la pédicurie, la kinésithérapie et les soins infirmiers de base (par exemple aide à la distribution des médicaments). Un médecin traitant doit proposer ce type de soins et assurer la direction du traitement.

Avant que la loi du 4 janvier 1978 n'ait donné une base juridique au service de soins à domicile, plusieurs expériences avaient été tentées au niveau local. Finalement, on s'est orienté vers un service global de soins paramédicaux, et c'est cette formule qui a été consacrée par le décret de 1981. La personne âgée peut recevoir des soins infirmiers et d'hygiène corporelle, de pédicurie, voire de kinésithérapie, et son médecin traitant à la direction du traitement.

Pour la personne âgée, le système présente plusieurs avantages :

– l'administration des soins à son propre domicile;

– un système de tiers payant intégral;

– un système global de soins courants, qui peut d'ailleurs être coordonné avec l'aide ménagère. Le coût moyen d'aide au maintien à domicile avec soins serait de 1 800 €/mois en moyenne (2008).

Le service de soins à domicile est un service qui entre dans le cadre de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales. Il est nécessairement géré par une de ces institutions (le plus souvent, le CCAS ou une association), mais ne peut pas l'être par un établissement hospitalier. Il est soumis au système de l'autorisation préalable, et à celui de l'habilitation s'il veut s'adresser à des bénéficiaires de l'aide sociale. L'institution passe un contrat avec les praticiens qui feront partie du service (soit un statut de salarié ou de profession libérale).

Le service est financé non par l'assurance vieillesse ou l'aide aux personnes âgées, mais par l'assurance maladie et l'aide médicale à domicile. La Caisse régionale verse un forfait annuel et recouvre, auprès du département, la part qui concerne les ressortissants de l'aide sociale. Pour ces derniers est appliqué le système de l'aide médicale à domicile. Il existe actuellement 45 000 places de soins infirmiers à domicile.

Ces soins sont très souvent mal adaptés à des troubles psychiatriques, la personne âgée pouvant ne pas accepter les soignants, impuissants à changer la situation. Ils sont encore plus incapables de la maîtriser lorsqu'ils sont

absents, particulièrement pendant la nuit, période où la solitude est particulièrement pénible et dangereuse.

❒ Le logement-foyer

C'est un établissement à caractère social, qui assure le logement dans des immeubles comportant des locaux communs meublés, ainsi que, le cas échéant, diverses prestations annexes, telles que la blanchisserie, service de soins ou services socio-éducatifs, moyennant une redevance. Il peut avoir d'autres prestations : c'est ainsi qu'au logement-foyer peut s'ajouter un « foyer-restaurant », intégré ou non aux locaux. La personne âgée peut, à sa guise, avoir recours ou non aux prestations qui accompagnent le logement. Même entre 80 et 84 ans, seul 2,4 % des âgés ont recours à ce style d'habitat.
Le village-retraite est une formule qui s'apparente à la multipropriété temporaire : la personne âgée verse un capital et des redevances pour « l'occupation » du local mis à sa disposition et les services connexes.
MARPA : Il est prévu d'étendre la notion de foyers-logements aux zones rurales, ce sont les Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA), qui sont des ensembles d'un petit nombre de logements individuels (par exemple une vingtaine) accompagnés de services communs, cuisine et salle à manger, buanderie commune, local d'entretien du jardin, présence d'une maîtresse de maison. L'aspect traditionnel rural est conservé de même que la disposition habituelle des locaux.

• Modalités de l'aide à la prise en compte des charges locatives

Il existe deux possibilités. La personne âgée acquitte personnellement le loyer, les charges locatives et le prix des prestations de service, et, en cas d'insuffisance de ressources, reçoit une aide en espèces affectée.
C'est ainsi que l'allocation-logement (ou l'APL) peut être accordée pour ces types de logement.
L'aide sociale départementale peut prendre en charge, selon les conditions générales l'admission à l'aide sociale, les frais de séjour.

• Modalités de fonctionnement

Il existait en 1991 près de 2 500 logements-foyers, et plus de 125 000 logements pour près de 150 000 résidents. La moyenne d'âge de ces résidents est de 79 ans; elle est en fait à peine plus basse que celle des maisons de retraite.
Les raisons pour lesquelles un vieillard accepte de quitter son logement personnel pour un foyer-logement ne sont pas normalement des raisons de santé, mais des motifs psychologiques :
– sentiment d'habiter un logement trop grand, inadapté, inconfortable, mal situé;
– perception de sa solitude en milieu rural, ou d'insécurité en ville;

– besoin d'un rapprochement familial quand les enfants se sont éloignés et qu'il est possible d'habiter plus près d'eux.

Même si la personne est encore valide à son entrée, l'espérance de vie sans incapacité à ces âges n'est plus guère que de 6 ans. De fait, d'après une enquête de la CNAVTS en 1990, 15 % des résidents sont fortement dépendants soit près de 20 000 personnes.

De plus, les personnes que l'on incite à quitter leur logement individuel ont assez souvent diverses maladies plus ou moins bien équilibrées, y compris des prémices de détérioration intellectuelle. Des troubles du comportement peuvent donc se manifester dans la petite communauté de vieux, réputés parfaitement indépendants et autonomes. Les soins sont normalement dispensés à la demande de la personne elle-même par son médecin traitant généraliste. Il faut rappeler particulièrement aux personnes âgées qu'il doit choisir et le déclarer à la caisse d'assurance maladie car c'est en effet lui qui doit proposer le recours aux examens complémentaires, coordonner le suivi et les prescriptions en ce qui concerne le recours aux spécialistes ainsi qu'au personnel paramédical libéral. Cette déclaration devait être faite avant le 1er juillet 2005 et l'on attend du généraliste choisi une meilleure coordination entre les médicaux, paramédicaux spécialistes pour éviter les recours multiples et inconséquents. On rappellera, sans l'effrayer, au sujet âgé que c'est la condition pour remboursement efficace des actes et prescriptions médicales.

Si les troubles psychiques ne sont pas reconnus à leur juste signification ou seulement non jugulés, il faudra hospitaliser la personne âgée et peut-être lui faire quitter secondairement de ce fait ce logement.

• Le forfait soins courants

Il s'agit d'une disposition mise en place par le législateur, fixée par la circulaire du 8 novembre 1978, qui permet de déterminer de manière forfaitaire les soins courants dispensés dans les établissements d'hébergement des personnes âgées. En conséquence, la caisse d'Assurance Maladie va passer une convention avec la direction du foyer-logement pour assumer les soins courants dont pourraient avoir besoin les résidents, en contrepartie d'une somme forfaitaire journalière fixée par décret (ou arrêté). Ce budget va assurer la rémunération d'un médecin-conseil, d'une infirmière DE, qui en général est également directrice du foyer-logement, et de deux aides-soignantes DE.

Une partie des difficultés soulevées par les nombreux problèmes de santé va pouvoir trouver une réponse adaptée.

Le forfait Soins courants permet la prise en charge globale du résident, quand elle s'avère nécessaire, par des soins coordonnés, variables selon les besoins quotidiens des personnes âgées et évoluant dans le temps, avec la souplesse indispensable que nécessite une aggravation brutale de l'état de

santé (grippe, chute...) et la constance face à une pathologie chronique d'aggravation progressive.

Le rôle de l'aide-soignante est d'assurer les soins quotidiens auprès des personnes âgées, d'être à l'écoute de leurs divers problèmes et de leur accorder une attention bienveillante. Il est aussi de répercuter les informations socio-médicales importantes vers l'infirmière et le médecin.

La tâche fondamentale que réalise l'infirmière est de rassembler, au jour le jour, les informations concernant les nouveaux problèmes de santé, de les trier, et d'orienter les soins en fonction de chaque situation. Elle fait appel au médecin traitant. Celui-ci trouve en elle un interlocuteur privilégié. Il reçoit d'elle des informations de qualité, examine les résidents et rédige des ordonnances dont il est assuré de leur observance. L'infirmière est chargée d'exécuter les prescriptions et de réévaluer la nature des soins à accorder à chaque personne âgée. Enfin, on utilisera sa faculté d'écoute des personnes âgées qui le désirent pour apaiser bien des difficultés naissantes dans le foyer.

Le rôle du médecin-conseil est d'assurer la surveillance médicale de l'établissement. Sa tâche est de réunir régulièrement l'équipe de soins pour faire le point sur l'état de santé des résidents. Ces réunions ont pour but de réaliser une évaluation complète des personnes âgées en difficulté grâce à un débat avec toute l'équipe. La situation médico-sociale de la personne âgée est mise à plat. Cela va permettre ensuite au médecin-conseil de décider certains axes thérapeutiques, puis de faire délivrer un message unique aux résidents et aux familles sur les soins futurs jugés nécessaires par l'équipe de soins.

On peut se rendre compte, grâce à cette organisation des soins, des obstacles réels, psychologiques ou psychiatriques, qui peuvent se poser pour empêcher le maintien de la personne âgée au foyer-logement et demander l'avis d'un psychiatre ou d'un psychologue.

❒ Le placement chez les particuliers (dit placement familial)

Ce genre de placement est plus économique et plus individualisé qu'un séjour en établissement, mais la difficulté est de trouver des particuliers qui acceptent de recevoir des personnes âgées. Il peut toutefois s'agir de parents. Mais, si ceux-ci sont tenus à la dette alimentaire, il n'y a aucune prise en charge par l'aide sociale, sauf s'ils sont eux-mêmes assistés.

Il s'agit d'une prestation d'aide sociale aux personnes âgées, prévue par l'article 157 du Code de la famille et de l'aide sociale, qui est soumise aux conditions générales de l'admission à l'aide aux personnes âgées (âge, ressources), ainsi qu'aux contraintes des récupérations.

Le placement peut être pris en charge par l'aide sociale à la condition qu'une convention soit passée entre le particulier qui reçoit et le conseil général. Cette convention détermine les conditions du placement et soumet

la famille d'accueil à une surveillance régulière par les services d'aides sociales.

L'hospitalisation

A cet âge, le recours à l'hôpital est très fréquent. En 1992, il existait 130 000 lits d'hospitalisation publique et privée pour la médecine et les spécialités médicales alloués aux hospitalisations aiguës. Le taux de fréquentation, c'est-à-dire le nombre de séjours au delà de 75 ans, tend vers 500 pour 1 000 hommes de cet âge en une année et 350 pour 1 000 chez les femmes. La durée de séjour nettement plus longue que pour la moyenne de la population entraîne une occupation effective importante par les personnes âgées.

Reste le problème de la sortie : retour au domicile, réadaptation, rééducation, convalescence, mais aussi service de moyen séjour, psychiatrie ou maison de retraite. Les hésitations dites « sociales » expliquent l'allongement de la durée de séjour et les problèmes posés par les personnes âgées hospitalisées qui sont fréquemment évoqués lorsqu'on parle de l'hôpital et de son coût.

❒ L'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile succède obligatoirement à un séjour hospitalier traditionnel et assure au domicile du malade une suite de soins, qui s'effectuent selon les directives du service hospitalier pour une pathologie de ce type et stabilisée. Il existe à peu près une quarantaine de structures dans toute la France. Les personnes âgées y sont prises en charge, pour une part, où les plus de 75 ans représentent plus de 15 % (enquête de N. Buron), mais les troubles du comportement, ainsi que les troubles cognitifs à partir d'un certain degré, sont une contre-indication à la mise en œuvre de telles prises en charge.

❒ Services de soins de suite ou de réadaptation (ex moyen séjours)

Ce sont des services hospitaliers créés pour assurer après la phase aiguë de la maladie le prolongement temporaire de soins actifs, ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome.

En fait, par la force des choses, il s'agit en fait de services de gériatrie, avec un âge moyen de 80 ans, et pour lesquels le retour au domicile malgré tous les efforts ne peut être obtenu que dans un tiers des cas, au prix de la mesure restrictive d'une prise en charge maximale de 90 jours (renouvelable cependant).

Ces services se caractérisent par des taux d'occupation élevés et une tendance à la croissance de leur activité malgré une stagnation des effectifs de personnel.

Il existait en 1991 42 000 lits dans le secteur public intitulés soins de suite et de réadaptation avec 325 000 entrées dans l'année.

Bien entendu, une fraction notable des patients présente entre autre des troubles cognitifs, des démences et des épisodes psychiatriques plus ou moins reconnus. Des attitudes très diverses y existent, depuis la prise en charge des démences légères, modérées ou graves jusqu'à l'exclusion de patients gênants ou dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres. Les relations avec les services de prise en charge psychiatrique sont très diverses ; souvent les problèmes ne peuvent être considérés comme résolus.

Les CHS (hôpitaux psychiatriques)

Il existe en France 97 établissements psychiatriques et 52 000 lits. Un certain nombre de personnes âgées y sont admises, mais on sent bien que ce n'est pas le circuit préférentiel. Médecin et entourage cherchent plutôt à éviter ce qui est pris par chacun comme une humiliation supplémentaire. Il faut dire que le placement en hôpital psychiatrique (en utilisant éventuellement la procédure de la loi du 30 juin 1990) est souvent considéré comme le modèle du fameux rejet social dont seraient victimes les personnes âgées.

Curieusement, l'hôpital psychiatrique offre des possibilités exceptionnelles de placement, car l'admission par HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers) se fait automatiquement lorsque les certificats nécessaires sont correctement remplis, et la prise en charge financière du sujet est presque toujours complète. En fait, le risque de placement abusif est en grande partie surestimé, car le circuit de la personne âgée passe de façon minoritaire par l'hôpital psychiatrique, la majorité des troubles psychiatriques majeurs étant associés soit à une atteinte cérébrale organique soit à une maladie somatique ce qui oriente les patients plutôt vers l'hôpital général.

Essentiellement préoccupés par les réformes de l'hospitalisation psychiatrique, la réforme du secteur ne s'est pas adaptée à la prise en charge des personnes âgées et surtout des très âgées. Le problème des malades mentaux qui vieillissent, qui restent délirants, diminués physiquement et très isolés socialement n'est d'ailleurs pas du tout résolu et n'est même pas pris en considération à l'heure actuelle.

Assez curieusement, alors que la mortalité par troubles mentaux est bien plus forte à cet âge qu'auparavant, elle reste minorisée dans les statistiques par rapport aux autres causes de mortalité : pourtant la proportion des troubles mentaux et des troubles séniles est la cause de 3/4 des handicaps qui atteignent la population hébergée dans une institution.

Il apparaît donc nécessaire de prévoir dans le cadre de la psychiatrie d'hôpital général, en liaison avec les structures de médecine générale et de géronto-

logie, une psychogériatrie visant à régler les problèmes les plus importants, à conseiller lors de quelques moments cruciaux, à orienter judicieusement les personnes âgées en fonction de leur pathologie mentale et des difficultés psychologiques qu'elles peuvent rencontrer elles ainsi que leur entourage.

Le quatrième âge : à partir de 85 ans

La population de cette tranche d'âge croît de façon tout à fait remarquable, elle comptait en 1993 plus d'un million de sujets. L'effectif des plus de 85 ans a été multiplié par 2,5 depuis 1962, et dans les huit dernières années, soit depuis 1982, il a progressé de 40 %.

La progression va s'accentuer dans les 60 années à venir. Au-dessus de 60 ans, l'effectif va doubler, au-dessus de 75 ans, il va tripler, mais au-dessus de 85 ans, il va quintupler.

Au-dessus de 85 ans, il y a 3 fois plus de femmes que d'hommes. Les couples persistent, mais sont rares à cet âge ; bien qu'un homme sur deux vive encore en couple, une femme seulement sur douze vit encore de cette façon. La majorité écrasante de cette population vit donc dans un ménage solitaire et moins souvent en couple. A cette période de leur vie, près de 20 % vivent encore dans le ménage de leurs enfants, ce qui marque donc un effort volontaire de reprendre chez soi un vieux parent lorsqu'il est solitaire, mais c'est beaucoup moins souvent le cas qu'auparavant.

Il en résulte que la population des personnes vivant en communauté atteignait en 1990 20 %, ce qui depuis 1962 représente un triplement pour les hommes, un quadruplement pour les femmes.

Les hospitalisations sont encore très nombreuses, et la tendance pathologique qui s'était révélée en dessous de 75 ans ne fait que se confirmer avec l'énorme prédominance des maladies cardiovasculaires.

Les troubles mentaux et ceux liés à la sénilité cérébrale représentent la cause majoritaire des pertes d'autonomie, même si les divers handicaps moteurs atteignent près d'un vieillard sur deux.

Si au-delà de 85 ans 80 % de la population demeurent en un domicile particulier, et si même à cet âge, un quart de ces personnes vivent au domicile d'un de leurs enfants, c'est pourtant bien l'âge de la dépendance, ce terme ayant peu à peu prévalu sur celui de handicap employé pour les adultes plus jeunes.

Les EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (ex maison de retraite)

Antérieurement dénommées « Maison de retraite » (médicalisée ou non) ou MAPAD, les établissements d'accueil pour personnes âgées ont reçu désormais l'appellation d'EHPAD.

Soumis par la Loi à une obligation de convention avec le Conseil Général et la DDASS, ils sont l'objet d'une réforme profonde de leur mode de tari-

fication pour ce qui concerne leurs frais de séjour et leurs modalités de financements. C'est l'extrême hétérogénéité des établissements et celle des prestations qu'ils offraient qui ont inspiré la nécessité d'une réforme. Par ailleurs, l'ancien mode de financement appelait de nombreuses critiques, notamment celle d'entretenir une inégalité financière entre les divers établissements, faute d'éléments communs d'analyse et d'évaluation des services véritablement rendus aux résidents. En outre, les dépenses étaient « mutualisées » puisque les charges générales de la maison de retraite étaient divisées en parts égales entre les pensionnaires, sans tenir compte du degré de dépendance de chacun et de l'intervention financière nouvellement possible de l'APA.

Enfin, excepté dans les maisons de retraites reconnues médicalisées et les services de longs séjours (50 % des établissements), l'assurance maladie n'intervenait pas dans le financement des actes de soins assurés par l'établissement. Aussi, la réforme a institué une tarification ternaire, c'est-à-dire constituée de trois tarifs.

Un tarif hébergement	Identique pour tous les résidents. Il procède du partage des frais d'hôtellerie en personnels et matériels. Ce tarif est pris en charge par le pensionnaire ou l'Aide sociale selon sa situation de fortune.
Un tarif soins avec	« *Les soins de base* » ou de nursing qui regroupent les soins d'hygiène, de confort et paramédicaux. « *Les soins techniques* » constitués par l'ensemble des prestations médicales et paramédicales servies par l'établissement. Le tarif soins est l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. Ce forfait étant réglé mensuellement, pour tous les pensionnaires, directement à l'EHPAD via une caisse d'assurance maladie pivot.
Un tarif dépendance	Qui recouvre les frais liés à l'ensemble des prestations de service relatives à l'aide à l'accomplissement « des actes ordinaires de la vie courante » des personnes en perte d'autonomie. Ce forfait est financé par l'APA mais un ticket modérateur reste à la charge du résident.

Ainsi, chaque établissement propose trois niveaux de tarifs facturés au pensionnaire selon le groupe Iso ressources dans lequel il est classé :

– GIR 1 et 2 : personne très dépendante;

– GIR 3 et 4 : personne dépendante;

– GIR 5 et 6 : personne valide.

Seuls les résidents classés dans les GIR 1 à 4 pourront être bénéficiaires de l'APA en établissement, calculée, entre autres paramètres, à partir du tarif dépendance dont ils sont redevables (voir la grille AGGIR au chapitre 3, « Mieux évaluer la perte d'autonomie »).

Améliorer la qualité des prestations des établissements, les comparer, les contrôler, étaient les objectifs principaux de cette réforme de la tarification. Pour atteindre ce but, chaque EHPAD, par le moyen d'une convention tripartite (Etat, Département, Etablissement), se voit désormais dans l'obligation de définir par écrit ses conditions de fonctionnement, les spécificités de ses prestations de service, sa démarche qualité et ses perspectives. La convention est signée pour une période de 5 ans. Les engagements pris sont validés par les autorités administratives à partir de la production obligatoire d'un « projet d'établissement », lequel comporte un « projet de vie » et un « projet de soins » rédigés sous la responsabilité du médecin coordonnateur de l'EHPAD dont la présence est devenue obligatoire.

La convention doit, en outre, préciser les objectifs d'évolution de l'établissement et les modalités de son auto-évaluation, ce afin de permettre tous les 5 ans un ajustement éventuel des recettes supplémentaires nécessité par l'évolution de l'état de santé de l'ensemble des personnes âgées accueillies et des moyens mis à leur disposition.

Cette profonde modification du statut et des conditions d'hébergement dans les ci-devant maisons de retraite correspond à l'adaptation à une population âgée croissante et à la frange la plus dépendante de celle-ci.

Il se trouve qu'on assiste à une croissance importante des capacités d'accueil, le nombre de places des maisons de retraite et unités de soins longue durée sont passées de 500 000 en 1985 à près de 700 000 en 2005. Il ne faut pas oublier que la population âgée de 65 ans et plus est passée de 5 millions en 1950 à près de dix millions 50 ans plus tard. D'autant que les plus de 80 ans sont passés de 650 000 à plus de 2 500 000. C'est bien que le nombre des âgés vivant en institution est resté à peu près stable, autour de 5, 5 %.

En effet, jusqu'à 85 ans, le maintien à domicile s'est généralisé, manifestement renforcé par les aides multiples permettant ce maintien. Au-delà de 85 ans, le pourcentage des résidents en institution va passer de plus de 10 % de cette population à près d'un tiers de plus de 95 ans. La conséquence en est très logiquement que la population des EHPAD est de plus en plus âgée, que les femmes y sont trois fois plus nombreuses que les hommes et qu'à partir de 80 ans les femmes sont plus souvent en établissement que les hommes. L'âge moyen d'entrée en maison de retraite était, en 1998, de 83 ans pour les femmes et plus jeune pour les hommes.

L'entrée en institution survient surtout chez les femmes isolées vivant précédemment dans un logement indépendant lorsque surviennent des difficultés pour s'alimenter, s'habiller, se laver ou se déplacer. Il n'est souvent pas tenu compte, de façon suffisante, des troubles du comportement qui

constituent également une cause majeure de demandes de placement en maison de retraite, par le biais d'une hospitalisation d'urgence, pour un incident démontrant que le séjour au domicile n'est plus possible dans les conditions actuelles.

On notera que parfois, redoutant par avance l'ambiance d'une maison de retraite (qualifiée de façon méprisante de mouroir), la personne âgée et sa famille préfèrent opter pour un foyer-logement. Mais, si la perte d'autonomie est déjà trop importante, la solitude en foyer-logement risque d'être aussi difficile à vivre qu'à domicile et fera choisir secondairement le transfert à l'hôpital ou en maison de retraite devant les difficultés de la vie quotidienne.

C'est contre tout cela qu'on cherche à développer la nouvelle politique des EHPAD : projets d'établissement, projets de vie pour chacun des résidents, renforcement des personnels d'animation et des personnels de service.

Services hospitaliers de long séjour

L'unité de long séjour parfois regroupée avec plusieurs autres au sein d'un établissement hospitalier a pour mission d'assurer l'hébergement de longue durée des personnes ayant perdu leur autonomie de vie et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien (loi du 14.01.1978).

Bien que l'indication soit censée dépendre de l'évaluation de la perte d'autonomie, celle qui aboutirait à domicile à l'attribution de l'aide à la tierce personne, il est difficile d'en préciser les indications, en particulier celles dues à la perte d'autonomie physique, psychique ou du fait de maladies au long cours nécessitant un bon niveau technologique médical. Le nombre de places est passé de 60 000 en 1987 à plus de 78 000 en 2003 alors même que les établissements hospitaliers ou leurs tutelles freinaient leur création. Le taux d'occupation est très proche de 100 % avec près de 25 000 entrées par an, les places se libérant surtout du fait des décès.

La difficulté d'organiser le travail dans ces services est effectivement, pour les soignants et aides-soignants, de ne pas être surchargés par les soins liés à l'hygiène, la toilette, la nourriture et à la surveillance du sommeil des résidents, sans compter les actes médicaux, et ménager une vie sociale avec une animation adaptée et un comportement psychologique luttant contre la régression. La plainte qui revient est la pesanteur des services, la lourdeur des malades, le découragement et la fatigue des soignants. Ce n'est pas qu'il n'y ait pas de projet ni de bonne volonté, mais comment ne pas être débordé par la quantité des soins d'hygiène sphinctérienne à assurer et garder l'énergie de faire autre chose ! Donner les soins nécessaires aux grabataires, assurer les traitements des maladies chroniques et des rechutes aiguës ne laisse pas beaucoup de disponibilité pour répondre aux difficultés psychologiques et même aux manifestations psychiatriques survenant inopinément.

Il semble bien qu'il faille évoluer vers des unités modernisées sur le plan architectural, c'est-à-dire de petite taille, avec une répartition suivant les pathologies et une répartition des charges, pour ne pas désespérer un personnel surchargé, marqué par le caractère de placement définitif. L'établissement doit faire ce qu'il faut pour démentir les mauvaises langues qui ne savent qu'observer les efforts des autres et la dure réalité de la sénilité en parlant de « mouroir ».

5 | PSYCHOPATHOLOGIE

MODALITÉS DE L'ENTRETIEN CLINIQUE

La technique

Classiquement, on distingue l'entretien dirigé, semi-dirigé et ouvert. En clinique, seul l'entretien ouvert est vraiment fécond ; les deux premiers relèvent plutôt de l'enquête épidémiologique.

Aussi, le terme de technique de l'entretien est-il d'une certaine façon discutable si l'on a en tête le désir de maîtriser un outil d'investigation. Il l'est déjà moins si l'on pense plutôt à un certain état d'esprit favorable à une rencontre. L'idée même d'une technique universelle est aussitôt caduque. On s'attache en revanche à noter que certaines formes de collaboration sont plus fécondes que d'autres, en particulier lorsque les interlocuteurs ont trouvé ensemble le bon moyen de s'informer. Le patient décrit sa souffrance et le clinicien qui l'écoute donne du sens à ses plaintes. Il s'agit d'un travail en commun où personne ne sait d'avance ce qui va se passer.

Les collaborations fécondes tiennent d'abord au respect d'un certain tempo. Les sujets âgés s'expriment plus lentement que les adultes. La raison profonde de ce fait d'observation est encore inconnue. Qu'il s'agisse d'une certaine dysarthrie fonctionnelle, ou d'un ralentissement de la pensée, ou des deux combinés, la sagesse pousse à les respecter pour ce qu'ils sont : une certaine forme de handicap. A vouloir conserver son rythme d'adulte, on conduit souvent le sujet âgé vers une position d'échec.

Trouver le tempo du patient est facile : il suffit de le laisser faire, d'attendre qu'il évolue à son allure. Quand on a réglé son pas sur le sien, on peut s'intéresser à l'opinion qu'il s'est forgée sur la nature de ses difficultés. Cependant, le laisser faire ne suffit pas toujours, en particulier face à une très grande fatigue physique ou à un état dépressif sévère. Ces états nécessitent une intervention soutenante de la part du clinicien qui aura vite fait d'identifier un épuisement physique ou un ralentissement pathologique.

Le plus souvent, le patient qui est en état de communiquer sa vision des choses présente des difficultés de manière composite. S'y mêlent des impressions personnelles plus ou moins solidement reliées par une théorie, des emprunts aléatoires aux discours médicaux et qui fonctionnent alors comme des scories, des lambeaux explicatifs qui tombent dès que le patient découvre que le médecin s'intéresse d'abord à ses processus de pensée. À

son tour, il porte alors le regard vers le dedans et transmet un nouvel avis, beaucoup plus vivant et original. On voit se développer une réelle souplesse entre la réalité psychique et la réalité extérieure. Le patient sort progressivement de sa régression et abandonne ses positions défensives. Il cesse de s'agripper à une plainte répétitive, donne libre cours à son désir de comprendre et s'accorde un réel plaisir à fonctionner. Il recherche ouvertement la sympathie du médecin en offrant la sienne. Dans ce cas, le commerce relationnel est bien engagé.

Cependant, l'évaluation reste à faire : elle est souvent ardue. Si l'élan d'ouverture réchauffe le climat relationnel, il ne suffit pas à vivifier longtemps une pensée racornie. Aussi, le discours d'un sujet replié sur lui-même reste pauvre. Les faits sont présentés de façon juxtaposée, sans liens bien solides entre eux. L'incapacité physique et mentale est sans cesse mise en avant comme un obstacle insurmontable. Le malade attend tout du médecin. Il cherche à créer une dépendance, ou à lutter contre elle par une hostilité anxieuse.

Ces moyens de défense peuvent être anciens ou actuels. Actuels, ils sont l'expression d'un désir de régresser ; anciens, ils relèvent d'une organisation de la personnalité. Chaque fois qu'on peut obtenir une assez bonne idée de la personnalité antérieure, on peut faire la part de l'actuel et de l'ancien. Dans le cas contraire, on s'accordera le temps d'une observation s'appuyant sur plusieurs entretiens. Si à ce moment-là la présentation du patient reste inchangée, on sera bien obligé de se montrer réservé, à moins que, chemin faisant, on ait découvert une dépression masquée qui engluait l'appareil psychique par un ralentissement pathologique. Il ne reste plus qu'à conforter son diagnostic d'un entretien à l'autre ; cette modification est le signe d'une évolution encore possible.

L'évaluation

Si bien que soit engagée l'ouverture thérapeutique, si propices que soient les conditions réunies pour une réussite, on navigue fatalement entre les écueils.

Une personne qui se liquéfie sous l'effet d'une tendance régressive accentuée nous oblige à la contenir, à lui offrir une tutelle bienveillante mais ferme, au risque parfois de devenir directif. Un être qui se cramponne à des principes, à des défenses rigides nous pousse à choisir une position de moindre résistance, à laisser faire pour qu'il baisse sa garde. Laisser faire, mais jusqu'où ? Encore faut-il se sentir capable d'éponger l'angoisse qui se déverse à flot en cas de faillite du système de défense. Tout est affaire d'appréciation personnelle. Rien n'est jamais donné d'emblée, ni pour longtemps. Les capacités du clinicien elles-mêmes fluctuent. Il lui faut aussi

s'exercer à doser ses ressources, travail continuel quand il s'agit de rester présent dans le but d'évaluer concrètement une souffrance.

Les souffrances les plus courantes sont liées à un conflit névrotique, à l'existence d'un délire ou à une maladie somatique.

Le conflit névrotique est presque toujours actuel, même chez les névrosés de longue date. L'obsessionnel qui perd sa maison ou son argent est en crise aiguë. Même si les modalités de cette crise sont surdéterminées par l'organisation mentale antérieure, l'enquête biographique est inadéquate au moment où la crise se déclare. Il convient d'abord et avant tout de travailler dans l'actuel, aussi bien pour comprendre que pour gérer. L'accès à une compréhension fine en rapport avec les formations complexuelles, l'aptitude antérieure à négocier les conflits n'auront lieu que plus tard, s'ils ont lieu...

L'hystérique en rupture de ban ou lâché par ses admirateurs n'est pas en meilleure position. Il faut d'abord s'appliquer à réduire sa souffrance en remettant en place, sur la scène mentale, une image de soi qui ne soit pas trop décevante pour l'idéal du Moi. Au passage, on cherchera à réduire un peu les exigences de ce dernier. Mais encore une fois, il est inutile, voire périlleux, de se lancer dans des interprétations ambitieuses supposées capables de ramasser en une phrase l'ensemble d'une vie. D'ailleurs, l'hystérique, toujours à l'affût des impuissances du médecin, y décèlera les signes avant-coureurs d'un lâchage en préparation.

L'expression du délire peut surgir au cours de l'entretien : « On me vole mes affaires ; mes bijoux ont disparu ; l'argent caché dans l'armoire n'y est plus ; je soupçonne la gardienne, elle seule possède la clé de mon appartement » . Ce viol du domicile est vécu comme un viol de la personne, ou presque. La malheureuse est débordée par l'indignation, les soupçons et la colère. Elle en appelle à votre jugement, vous supplie de prendre sa défense, de la protéger contre un malheur plus redoutable encore, puisque rien désormais ne la met à l'abri des intrusions. Dans le regard de l'accompagnateur, on rencontre l'inévitable commisération des humains devant un vieillard qui perd l'esprit. Au-delà du délire, le reste du discours peut avoir encore une certaine tenue, de la pertinence, voire de l'élégance, quoique la démentification soit engagée. Désormais, la situation ne pourra plus se gérer sans elle ; quand le délire conserve une certaine souplesse, qu'il se montre sensible au commerce d'objet, on dispose d'un élément de bon pronostic. Quand il est raide, indifférent aux mouvements transférentiels, il s'agit souvent d'un délire ancien, simplement réactivé. Les biens ne sont plus seuls menacés : la personne même du délirant est attaquée. On attente à ses jours, on met son existence en péril. La conviction est forte, l'angoisse intense. On aura à travailler longtemps pour limiter cette activité délirante.

A l'opposé, la maladie somatique aussitôt mise en avant est souvent brandie comme un bouclier. L'expression courante en est l'hypocondrie avec son côté pesant, répétitif, lassant. Cependant, si on parvient à mettre le doigt sur une composante dépressive d'intensité suffisante, si on trouve le passage

vers une angoisse de castration, activée par un corps douloureux, on peut encore engager une tentative thérapeutique porteuse d'espoir. En consultation hospitalière, les atteintes de l'appareil urinaire chez l'homme – spécialement de la prostate – ainsi que les dérèglements intestinaux chez la femme – qu'ils soient fonctionnels ou chirurgicaux – occupent la toute première place. Les perturbations profondes qu'elles provoquent dans le psychisme, délabrements redoutables, tiennent à ce que les affects mobilisés sont très difficiles à mettre en mots, à décrire et à contenir par le langage. On pourrait penser qu'il s'agit de l'incapacité d'un appareil psychique vieilli à mentaliser ses affects. C'est possible. Cependant l'impact limité de nos interventions tient peut-être avant tout à la résurgence massive d'un prégénital inorganisé.

Derrière la plainte qui désigne la souffrance, existe un appel à l'aide. Cet appel réclame une appréciation. La première tâche de l'évaluation consiste à estimer la valeur de l'équilibre que le malade a déjà trouvé tout seul. Il est des inventions qui suscitent l'admiration. Il en est d'autres, si fragiles, qu'on frémit. Chaque fois que l'énergie libidinale est gaspillée pour alimenter des défenses coûteuses, on propose naturellement un interlocuteur. Au début, rien ne change en profondeur, mais bientôt la mise en ordre des pensées apporte un réel apaisement. C'est la thérapeutique du dire, la détente économique apportée par l'investissement d'objet.

Si le patient envisage d'aller plus loin, le thérapeute pourra chercher un accès jusqu'aux fantasmes, quand ceux-ci émergent lors des inflexions transférentielles. Mais avant de se lancer dans l'aventure, il est prudent d'évaluer aussi les ressources de l'entourage, car rien de durable ne pourra s'organiser sans lui.

Les origines de la demande

Si depuis le siècle des Lumières l'individu occidental se plaît à cultiver l'idée d'une autonomie souveraine, il lui est plus difficile aujourd'hui de continuer à encenser le mythe de la réussite personnelle face à une vieillesse qui ne conduit qu'à la faiblesse. La faiblesse introduit une autre dynamique. Le candidat à la réussite que nous sommes souffre d'autant plus de son déclin qu'il a poussé dans un milieu où la force est la valeur requise pour dépasser ses semblables. Et le plaisir convivial ? Voilà une nouvelle façon d'être, un renversement des tendances qui s'appuie sur l'aide du tiers familial ou celle du médecin, ces deux interlocuteurs obligés.

Du coup, le tiers demande aussi quelque chose, soit d'être soutenu pour l'aide qu'il apporte déjà à son malade, soit d'être aidé pour lui-même. Faute de prendre le temps d'évaluer correctement sa demande, on risque de prendre une chose pour une autre. D'admettre, par exemple, que l'épouse se déprime lorsque le mari est le plus atteint, d'imaginer qu'une angoisse

relève d'un conflit névrotique quand elle est induite par une épouse dépassée par les événements, de supposer même qu'il est l'auteur d'une idée délirante pour l'avoir seulement reprise à son compte. Comme les productions mentales circulent vite dans un climat âgé, autant chercher à savoir comment, à rattacher une séméiologie manifeste au fonctionnement psychique qui lui a donné naissance.

Savoir aussi ce que le médecin de famille attend d'une intervention spécialisée. Quand bien même sa question manifeste paraît se limiter à l'usage de médicaments ou à un avis d'orientation vers une institution, le psychiatre sent bien qu'il lui demande une compréhension, un apprentissage même, autant que l'offre d'une collaboration. Car, pendant tout le temps du maintien au domicile, la qualité de l'intervention du généraliste détermine la réussite de l'entreprise. Dans ce cas, le triangle thérapeutique incluant le spécialiste, le généraliste et le conjoint valide est incontestablement ce qu'on peut faire de mieux. L'ensemble est alors formé, reste à l'orchestrer. Une direction qui demande du doigté, car il s'agit de faire jouer deux registres ensemble. D'un côté pénétrer la complexité psychique aussi loin que possible pour lui donner du sens, de l'autre contenir le fonctionnement des protagonistes pour que la vie continue sans produire trop d'interférences.

LES DÉPRESSIONS

Modèles théoriques

Les multiples travaux consacrés aux dépressions du sujet âgé insistent presque tous sur l'inadéquation des classifications ou des modes de lecture univoque. La réalité, en effet, ne se plie pas volontiers à un ordre dicté par la pensée. Elle est au contraire indocile, polymorphe et changeante au cours du vieillissement. Quand tout se combine, quand les occasions de souffrir sont légion, quand on assiste à des réactions variables selon le degré d'organisation mentale des sujets atteints, on ressent la nécessité de s'exercer à une certaine souplesse.

S'il y a un deuil à faire pour le psychogériatre, c'est celui du monisme de la pensée. Le sujet âgé est fragile. Des causes minimes déstabilisent son équilibre partiel. Autant admettre que chaque modèle conceptuel ne porte en lui que la vertu d'une lecture parmi d'autres et seulement celle-là.

En conséquence, nous nous limiterons à proposer ici le rappel des principaux modèles actuels, distribués selon un spectre qui va de la lecture la plus individuelle à la plus universelle.

Le modèle analytique situe la dépression à l'origine de l'écart qui se creuse entre le niveau des performances du sujet et les exigences de son idéal du Moi. L'idéal du Moi n'est jamais complètement débarrassé des vestiges de son origine infantile, à savoir d'une partie au moins de la mégalomanie qui

lui a donné naissance. En vieillissant, le sujet âgé est inéluctablement en difficulté croissante pour satisfaire son idéal du Moi. Chaque fois que celui-ci est resté prédominant dans l'organisation psychologique, le risque dépressif est important. Les structures narcissiques sont les plus menacées. La dépression s'exprime par la baisse de l'estime de soi, un sentiment douloureux d'infériorité associé à de la culpabilité. Mal refoulée, l'agressivité se réveille et peut devenir porteuse d'un geste suicidaire efficace.

Le modèle psychiatrique porte son attention sur les variations de la conscience altérée par un trouble de l'humeur. La thématique dépressive est d'abord entendue comme une tristesse à vivre, qui s'exprime à travers une thématique, un ralentissement, un inconfort, un retrait involontaire de la vie sociale et personnelle, une expérience négative. C'est une maladie, conséquence d'un dérèglement de l'humeur dont la référence de base est la mélancolie.

Le modèle culturel recense volontiers les points de rupture dans le réseau relationnel, qu'il s'agisse d'une fin de l'activité professionnelle, de la coupure des liens sociaux, de la réduction des capacités d'adaptation ou de l'inadaptation au changement. Toute lecture psychosociale se met en quête de l'événement de vie qui serait corrélatif avec l'entrée dans la dépression. Bien qu'une corrélation ne garantisse jamais l'existence d'un lien de causalité, l'approche psychosociale de type « photographique » est utile en épidémiologie.

Le modèle médical tente de rendre compte de l'existence humaine à travers ce qu'on peut comprendre du fonctionnement corporel. Les gériatres, spécialement, soulignent les difficultés à vivre d'un corps vieillissant : réduction progressive de l'autonomie, de la sensorialité, des instruments corporels, qui sont source de satisfaction pour soi et pour la vie de relation. Parallèlement, les occasions de jouir physiquement diminuent. Aussi leur paraît-il naturel de voir le sujet âgé comme un candidat désigné à la dépression.

Le modèle biologique reprend la référence mélancolique comme exemple basal. Il recherche lui aussi des corrélations entre l'état dépressif sévère et des défaillances dans le métabolisme des monoamines, des neurotransmetteurs ou des neuromodulateurs. Historiquement, la découverte des antidépresseurs est le fruit du hasard fondée d'un côté sur la constatation de l'effet iatrogène des réserpiniques – effet dépressogène – et de l'autre sur celle de l'effet antidépresseur de l'iproniazide. Depuis ces années héroïques, le décodage des voies biologiques s'est considérablement affiné. Cependant, les connaissances actuelles ne résument pas encore la mélancolie. Un long travail reste à faire. Plus spécialement chez le sujet âgé, on insisterait sur la réduction des amines neuromédiatrices, de la dopamine, de noradrénaline et de l'acétylcholine. Les substances déficitaires seraient de surcroît mal utilisées. La pathologie iatrogène par polymédication inadéquate doit être ici rappelée.

Selon sa formation, ses choix conceptuels, chaque clinicien privilégie l'un de ces modèles pour établir son diagnostic.

Le sujet âgé déprimé

A chaque patient en difficulté, il convient d'appliquer une séquence rigoureuse et méthodique afin de reconnaître la dépression, d'en préciser la forme, de choisir une stratégie pour la situation actuelle et la préparation de l'avenir.

Identifier la dépression

Le trépied sémiologique associant les troubles de l'humeur – tristesse et anxiété – au ralentissement et aux troubles somatiques habituels constitue l'outil du clinicien. Selon la situation rencontrée, il pourra adapter le modèle en soulignant l'intensité de la tristesse ou de l'inhibition, ou encore des troubles du sommeil, des douleurs, des dysfonctionnements digestifs en cas de dépression masquée. Quoi qu'il en soit, la réunion des trois séries apportera la meilleure assise au diagnostic. Encore convient-il d'ajuster cette évaluation à la condition du sujet âgé déprimé.

La tristesse pathologique, qui se distingue de la tristesse réactionnelle en ceci que l'intéressé ne peut pas s'en défaire, ne serait-ce que momentanément pour vivre un état agréable, est un trouble de l'humeur ancré dans le fonctionnement, une douleur morale faite de pessimisme et d'autodévaluation. Le sujet se sent incapable, inutile et vide.

Indépendamment de toute interprétation psychologique, le sentiment de vide intérieur et corporel est souligné par tous les auteurs. D'aucuns parlent d'anesthésie affective, d'effondrement intérieur, de raréfaction du recrutement associatif. Quoi qu'il en soit, le système mental ne rend plus. Cette absence de rendement est en soi une source de souffrance. L'anxiété qui s'y déploie est donc pauvre en représentations.

Le ralentissement psychomoteur se traduit par la perte de l'élan vital, de l'intérêt pour soi et pour les autres. Il est à la fois intellectuel et affectif. Mais il est généralement difficile à apprécier chez le sujet âgé dont le corps a déjà perdu sa souplesse et son agilité. La marche soudée les bras le long du corps, la lenteur du débit verbal, la tête et le regard penchés vers le sol, pour des raisons probablement physiologiques, risquent de conduire l'examinateur vers l'idée qu'il est simplement en présence d'un effet de l'âge. Le risque d'attribuer la baisse de l'efficacité mentale à la même cause est tout aussi présent. Seule une évaluation prudente, patiente, bien accordée au tempo du sujet âgé rapportée à l'état antérieur récent permettra de faire la part des choses.

Dans ce contexte, les troubles somatiques d'accompagnement sont naturellement source de méprise. Qu'il s'agisse d'une hypocondrie mise en avant pour masquer une angoisse de l'approche de la mort, d'une insomnie, si fréquente après 60 ans, d'une constipation si banale, d'une fatigue même accentuée, rien ne pourra être évalué correctement dans l'absolu. Il faut d'abord se rapporter au sujet, à ses habitudes récentes, à son fonctionnement

usuel pour donner du sens au matériel actuel, un sens qu'il faudra consolider autant que possible par l'interrogatoire d'un tiers. En cas de doute, la répétition de l'examen est un recours précieux. On recherchera un changement, si discret soit-il, d'un entretien à l'autre. Enfin, le test thérapeutique peut prendre une valeur diagnostique. Pour terminer, les arguments diagnostiques rassemblés doivent être rattachés à une forme clinique.

Reconnaître la forme de référence

❒ Les formes réactionnelles

En termes de fréquence, elles sont de loin les plus importantes. Elles se caractérisent par l'association d'un événement récent au trouble de l'humeur. Selon que l'examinateur porte son regard sur la composante dépressive ou névrotique, il parle de dépression réactionnelle ou de dépression névrotique. La constante tient à ce qu'on leur reconnaît une cause déclenchante responsable d'un impact sur une personnalité déjà affaiblie. Aux plaintes centrées sur le tube digestif, à une faible capacité de mobilisation psychique, à un récit appauvri, simplement factuel et sans « insight », à l'importance de la sensation de vide douloureux qui tient lieu d'affect, on reconnaîtra, noyé dans l'anxiété diffuse, la lassitude et les douleurs multiples, le désarroi du vieillard déprimé.

Même si le terme de dépression réactionnelle peut être contesté dans son acception descriptive, puisque les sujets ne sont jamais strictement passifs devant un événement – ils réagissent au contraire en fonction de leur personnalité antérieure –, il conserve un intérêt pratique. Le dehors a dérangé le dedans et il faut agir, il faut traiter.

L'évolution est souvent longue, parfois difficile, car, une fois la dépression dépassée grâce au traitement médicamenteux et au soutien psychologique combinés, le cortège névrotique persiste avec ses inévitables manques à vivre qui érodent peu ou prou la capacité d'accueil du clinicien. Démasquer une origine psychologique précise est généralement suivi d'une évolution heureuse, au moins pendant un temps.

❒ Les formes endogènes

Si précieuses qu'elles soient pour modéliser une représentation conceptuelle de la dépression, ces formes sont les plus rares en pratique, mais plus redoutables à cause du risque suicidaire qu'elles comportent. Bien entendu, il faut savoir reconnaître l'accès mélancolique à son déclenchement spontané, à l'importance de la perte d'appétit, de l'insomnie, de la souffrance morale, du ralentissement, du repli sur soi et des idées de mort exprimées. L'interrogatoire recherchera les précédents épisodes dépressifs, si révélateurs.

L'absence d'antécédents dépressifs connus est la principale source d'erreur. Les tableaux cliniques doivent être connus pour être reconnus. Fort heureusement, s'ils sont les plus graves, ils ne sont pas les plus fréquents.

En leur absence, on pourra émettre l'hypothèse d'une mélancolie monopolaire d'apparition tardive en sachant, toutefois, que cette forme peut présenter des particularités à cet âge. A l'hyperthymie douloureuse exprimée sous la forme d'un pessimisme irréductible, peut s'associer une anxiété fébrile au lieu de l'habituelle inhibition. Le malade ne tient pas en place, se plaint, s'agite, appelle à l'aide ; il se répand en lamentations. Moins l'inhibition est marquée, plus le geste suicidaire est à redouter. On aurait tort d'en minimiser le risque en donnant à ce tableau bruyant une signification hystérique. Comme le malade exprime une douleur morale, refuse les soins, la nourriture, délire et souffre d'hallucinations auditives, on prescrira l'hospitalisation.

La psychose maniaco-dépressive, bipolaire, d'apparition tardive existe. Il faut savoir la retrouver sous des signes abâtardis par la forte coloration hypocondriaque des plaintes, et maintenir une surveillance pendant trois ans au moins. La psychose maniaco-dépressive vieillie est à restituer dans le cadre habituel de la PMD. Il faut souligner toutefois la nécessité d'une surveillance particulière des paramètres biologiques.

La mélancolie d'involution est une forme présénile touchant surtout la femme. Kraepelin en créa la notion en 1896, distincte de la PMD, pour revenir ensuite sur son opinion. L'idée d'un remaniement biologique endocrinien sous-jacent n'a pas connu de véritable confirmation. Retenons son aspect réactionnel à des éléments de vie difficiles, dont la composante étiologique paraît aujourd'hui aussi importante que l'hypothèse biologique, vraisemblable, mais pas encore démontrée catégoriquement. Certaines écoles de pensée préfèrent lui substituer la notion de mélancolie monopolaire d'apparition tardive, déjà citée.

❒ Les formes associées

Les formes associées à un autre trouble psychiatrique. – Il n'existe pas à l'heure actuelle de terminologie fixe pour désigner cette catégorie, d'où le risque d'en faire un fourre-tout. On y regroupe les dépressions liées à une névrose obsessionnelle, hystérique, un alcoolisme, une schizophrénie, un délire chronique, une personnalité pathologique. Autrement dit, c'est au moment du raccordement du syndrome dépressif à une organisation mentale que le problème se pose. Comme, à la limite, toutes les variétés d'organisations peuvent se déprimer, on ne peut pas s'attendre à découvrir un lien de causalité très fiable. En revanche, la composante psychopathologique du déprimé détermine son avenir. Son évaluation est indispensable pour choisir une conduite thérapeutique actuelle et future.

Ajoutons que la découverte d'un délire chez un déprimé âgé pose toujours un problème diagnostique. Tant que le délire n'est pas clairement situé en fonction du passé pathologique, la distinction entre délire chronique et mélancolie délirante demeure incertaine.

Les alcooliques, qui ne constituent pas sur le plan psychologique une classe homogène, souffrent très souvent d'une dépression chronique. Cette dépression évolue à bas bruit. En atténuant la tendance à boire, son traitement favorise l'approche psychothérapique.

Les formes associées à un trouble somatique. – Trois aspects cliniques fréquents doivent être mentionnés : la iatrogénie, une maladie somatique et la maladie de Parkinson.

Les dépressions iatrogènes sont une catégorie en pleine expansion. Elles sont la conséquence de la polymédication dont le sujet âgé est l'objet, aggravée généralement par l'avidité médicamenteuse propre au grand âge. L'intoxication est donc à rechercher attentivement et systématiquement en cas de dépression récente. On pensera spécialement aux traitements de l'hypertension artérielle, à l'usage inconsidéré de tranquillisants, de neuroleptiques, d'hypnotiques, mais aussi de corticoïdes et d'antithyroïdiens.

Une dépression cliniquement indiscutable peut se déclarer avant la découverte d'un cancer profond, une atteinte systémique ou une tumeur cérébrale. Elle n'est pas spécifique du vieillissement, mais son aspect inaugural tardif, sans antécédents connus, survenant en dehors de tout événement déclenchant évident, marquée par une fatigue intense, dont l'intensité contraste avec la discrétion relative des signes dépressifs, oriente vers la prudence, une prudence d'autant plus nécessaire que ces dépressions réagissent souvent très bien au traitement antidépresseur. On surveillera régulièrement son patient jusqu'à sa sortie d'une situation à risque.

La maladie de Parkinson constitue l'exemple d'une intrication entre une atteinte somatique et une dépression. Souvent, les symptomatologies se mêlent, le ralentissement, par exemple, est commun aux deux. Si l'examen méthodique ne retrouve pas une roue dentée, un tremblement, le diagnostic peut être difficile. Dans ce cas, le traitement d'épreuve antiparkinsonien permet d'aller plus loin. Enfin, sachons bien au contraire qu'un malade même traité de son Parkinson, n'est jamais à l'abri d'une dépression.

❒ Les formes trompeuses

Les plaintes, elles aussi, subissent les effets de l'âge. Elles sont très souvent centrées sur le corps, sur un mauvais fonctionnement corporel. Elles peuvent aussi se colorer de traits caractériels ou s'exprimer négativement par un déficit.

Une fatigue sera décrite associée à une constipation rebelle, à des douleurs imprécises, mais tenaces. L'anxiété marquée, souvent accrue à l'approche du soir, donne au récit un caractère dramatisé, développé sur une impression

d'effondrement physique, comme l'annonce d'une catastrophe. Les troubles du sommeil sont constants.

A l'opposé, on peut observer une agitation désordonnée, stérile, éprouvante pour l'entourage. La quête d'apaisement est pressante, capricieuse, presque irritante parfois. Ces mouvements hystériformes, empreints d'une certaine avidité infantile, spectaculaire par la mobilisation des moyens, peuvent être à l'origine d'erreurs diagnostiques. Si on ne tient pas compte de l'apparition récente des troubles sur une personnalité sans passé névrotique notoire, si on ne recherche pas les thèmes de tristesse, d'incapacité pseudophobique, on risque de laisser passer un état dépressif réel, développé et organisé derrière ce tableau pseudo-régressif.

Le grincheux revendiquant, irritable et agressif n'est pas en soi un déprimé, surtout si ces traits de caractère sont aussi vieux que lui-même. Cependant, un changement récent de personnalité, attesté par l'entourage, chez un sujet âgé qui acceptait bien le contact jusque là, doit faire rechercher si ce dérèglement n'est pas un appel à l'aide, insistant et critique, une détresse à la recherche d'un médecin idéalisé, supposé capable de protéger aussi bien contre la souffrance que contre la mort. Cette hostilité projective, sous-tendue par une tristesse pathologique, habille une dépression contre laquelle le patient se défend très mal. Un geste suicidaire est à craindre en cas d'absence de réponse adéquate.

Une perte de mémoire, une orientation incertaine, des oublis répétés, un affaiblissement du jugement peuvent s'inscrire dans un mouvement de sénescence. S'ils restent d'intensité modérée, l'impression première se confirmera. S'ils s'accentuent, on pensera à une entrée dans la démence. Toutefois, un changement rapide du niveau des performances, la notion d'un moment difficile à vivre, une perte récente, un conflit, l'importance du repli sur soi associé à une humeur triste et anxieuse feront se poser la question d'une réponse dépressive à un événement déclenchant. Le test thérapeutique est un bon moyen de lever le doute.

Certains états régressifs ne sont pas toujours aisément distingués d'une dépression pseudo-démentielle. Il peut s'agir de névrosés connus, qui s'alitent après une atteinte somatique réelle pour opérer un mouvement de repli accentué, manifestement exagéré. Les plaintes sont hypocondriaques, insistantes, adressées à un tiers, formulées dans un climat de pessimisme accentué. Ces régressions peuvent aller jusqu'à la constitution d'un état grabataire, où la demande de soins corporels est incessante. Le risque de voir apparaître des complications de décubitus est souvent présent. Si l'entourage n'offre pas la possibilité d'un certain travail relationnel, le traitement antidépresseur isolé reste généralement sans effet suffisant.

D'autres formes pseudo-démentielles sont plus troublantes. Elles sont « psychotiques » dans leur expression clinique par le contact, par la puissance des mécanismes de défense, où continuerait à fonctionner un appareil psychique remarquablement attentif et pertinent en certaines occasions, et

donnent à penser qu'il s'agirait, peut-être, d'une défense très archaïque contre la dépression, au sens de l'incapacité à élaborer une position dépressive. Ces cas, mentionnés par des cliniciens familiarisés avec la pathologie sénile, n'ont pas encore fait l'objet de descriptions serrées.

❐ Le syndrome de glissement

Ce terme a été proposé par Carrié en 1956 pour désigner un état de cachexie résultant d'un processus d'involution et de sénescence menant rapidement à la mort.

Repris par Graux puis par Delomier, il désigne un état pathologique survenant chez un vieillard nonagénaire, dans les suites d'une maladie infectieuse, d'un accident traumatique corporel ou cérébral ayant pu succéder à une chute ou même d'un accident vasculaire cérébral. Cette maladie a été soignée, elle paraît guérie et après un intervalle libre de quelques jours, on voit apparaître une décompensation de l'état somatique non explicable par l'évolution de la maladie initiale. Ce tableau comporte asthénie, anorexie, adipsie, météorisme abdominal, incontinence urinaire et un syndrome de déshydratation extracellulaire. Théoriquement, il existe un syndrome psychique parallèlement à l'atteinte somatique, mais la description de celui-ci est encore moins spécifique, mis en avant de façon souvent imprécise.

Très souvent, le tableau psychique est considéré comme une forme plus ou moins atypique de syndrome dépressif et simultanément une sorte d'extension langagière aboutit parfois à assimiler glissement et dépression, très naturellement ensuite à prescrire des antidépresseurs. En fait, il paraît utile d'isoler un syndrome de glissement dans la mesure où le tableau se produit effectivement dans les circonstances étiologiques décrites plus haut et qu'il comporte un tableau psychique assez spécifique suffisamment distinct d'un syndrome dépressif.

Nous estimons que ce tableau comporte :

– retrait, inaffectivité, parfois agressivité,

– négativisme et refus des soins,

– refus actif de la nourriture et de la boisson,

– indifférence générale, n'excluant pas des plaintes répétitives à propos de son propre état.

En somme, un renoncement délibéré et agressif, plutôt que nettement dépressif, devant son propre effondrement somato-psychique. Le patient est considéré dans la description princeps comme glissant vers la mort. Il ne faut pas assimiler glissement et défaut de soins attentifs, le syndrome se caractérise justement par son évolution résistante le plus souvent aux soins infirmiers et au traitement anti-dépresseur. On ne peut cependant affirmer le caractère obligatoirement fatal de l'évolution.

❒ Les déprimés vieillis

L'évolution de la dépression est à la fois périodique et phasique. Périodique, parce que les décompensations dépressives se succèdent selon des fréquences variables. Les sujets faisant déjà partie d'une population à risque, comme celle des veufs, divorcés, présentent une fréquence dépressive qui s'accroît avec l'âge. Phasique, parce que la dépression peut rester la seule forme pathologique ou, au contraire, s'associer à une note plus ou moins claire d'excitation.

La durée des phases s'accroît avec l'âge. La notion d'une tendance à la chronicité se confirme pour des sujets très âgés, atteints d'une affection cérébrale. L'évolution ultime vers un syndrome cérébral chronique concerne un quart des survivants. L'intervalle libre entre deux phases se raccourcit quand l'âge augmente.

❒ Les dépressions inaugurales tardives

La pratique de la psychogériatrie conduit à examiner un nombre croissant de sujets qui se dépriment pour la première fois de leur existence après 70 ans. Le diagnostic de dépression est généralement facile à poser et, cependant, la plus grande prudence s'impose. On trouve toujours une série d'arguments psychopathologiques récents : veuvage, départ d'un enfant, perte de l'appartement, perte d'argent, accident somatique amputant la vie de relation, etc. On peut raisonnablement argumenter la thèse de la dépression réactionnelle. On traite et le sujet guérit. Cependant huit fois sur dix, pour peu qu'on pousse les investigations, on découvre une atteinte somatique sévère et ignorée. Sur le plan nosographique, on peut considérer ces formes comme relevant de la dépression associée à une atteinte somatique, déjà décrite. Et pourtant, dans la pratique, il en est autrement, parce que toute la série psychopathologique est omniprésente, voire surabondante et, qui plus est, pertinente. Aussi doit-on s'interroger sur la pathologie de ces cas. Une atteinte somatique serait-elle capable d'effondrer une personnalité, jusque là capable d'affronter les difficultés de la vie ? Un effondrement de l'appareil psychique ferait-il le lit d'une somatisation ? Un sujet vieillissant, déjà malmené par l'inconfort corporel et l'angoisse de mort, chercherait-il une issue dans la condition dépressive, qui est encore une demande de soins, plutôt que de regarder en face la perspective de sa prochaine disparition ? On a le sentiment que toutes les hypothèses psychosomatiques pourraient trouver ici leur place.

Du point de vue psychodynamique, se pose la question de la pathologie psychique du sujet confronté à l'angoisse de la mort. Du point de vue pratique, le gérontopsychiatre est conduit à examiner un nombre croissant de dépressions masquantes, de dépressions authentiques qui dissimulent une atteinte somatique grave. C'est probablement le symétrique inverse de la position des gériatres qui, sous couvert de plaintes somatiques, découvrent des

dépressions masquées. Ne serait-ce pas la gymnastique d'esprit que cette situation exige, à savoir l'abandon d'un monisme conceptuel ? La catégorie des dépressions inaugurales tardives mérite d'être distinguée comme celle d'un carrefour où s'engage une pathologie polymorphe.

L'évolution permettra de dégager des arguments épistémologiques supplémentaires, qu'il s'agisse d'une sortie de la phase dépressive vers la guérison pure et simple, vers la chronicité en cas, par exemple, d'atteinte cérébrale, vers la déclaration ouverte de l'atteinte somatique (souvent cancéreuse), vers l'entrée dans la démence.

Dans ce dernier cas, le sujet se plaint de son infirmité, il perçoit son déclin, s'interroge, se montre préoccupé par l'avenir. Cet état de souffrance, temporaire, est très sensible à la qualité du climat relationnel, juste complément de la prescription de médicaments. Plus tard, la symptomatologie dépressive a tendance à se dissoudre dans le tableau démentiel.

Dernière remarque au sujet des dépressions tardives : l'évolution peut conduire à la mort, pas seulement par le suicide en cas d'ignorance de la souffrance dépressive, fait plus rare aujourd'hui, mais aussi par les conséquences du ralentissement qui entraîne alitement, malnutrition, déshydratation et affection surajoutée.

❒ Préparer l'avenir dès la première consultation, aménager un accompagnement

Poser le diagnostic de dépression est aisé pour qui s'est régulièrement exercé à la pratique clinique. Au-delà du trépied diagnostique conceptuel de base tel qu'il est présenté dans les manuels et tel qu'il fonctionne dans notre mémoire, les patients eux-mêmes nous renseignent, mieux : ils nous enseignent ce qui se passe en eux. Toute la richesse des variations individuelles ne peut venir que d'eux ; alors notre rôle consiste à la nommer, à construire une version cohérente en accord avec eux.

Aussi, dès le premier entretien, il faut savoir à qui on a affaire. Quel est son degré de compréhension des troubles ? Peut-il accepter de se laisser faire ou doit-il entretenir l'impression qu'il maîtrise la situation ? Acceptera-t-il de ne pas réussir tout de suite ? Supportera-t-il les éventuels échecs thérapeutiques ? Ces questions, capitales pour l'avenir des relations thérapeutiques, trouvent rarement de bonnes réponses tout de suite. Il faut savoir attendre, se revoir, juger de la capacité du sujet à évoluer. Les meilleures informations sont généralement situées dans le matériel des deux ou trois premiers entretiens. Face à quelqu'un de « minéralisé », l'espérance d'amélioration est singulièrement compromise. Face à un esprit qui se réveille, un aménagement progressif prudent est généralement possible.

Les rechutes, toujours mieux acceptées lorsqu'elles ont été annoncées comme possibles, sont l'occasion d'une réévaluation à deux. Souvent, le patient est déjà venu plus tôt. Il ne souffre pas autant que la première fois.

Le succès précédent l'encourage. Il sait que des remèdes existent et apprend à s'en servir. Il apprend son métier de malade, supervisé par le médecin. Lorsque le malade atteint le niveau d'une autogestion partielle bien tempérée, le pronostic est bon. En cas de difficulté, le médecin sera averti à temps, soit par l'intéressé, soit par le système d'étayage.

La surveillance des accidents surajoutés, toujours à craindre, se gérera à moindre mal grâce à l'expérience commune. Dans ces occasions, on observe généralement que les choses de la vie sont plus modestes et plus simples qu'on avait eu tendance à le supposer. Mais la pratique concrète et quotidienne avec des sujets âgés enseigne qu'on est d'abord placé par eux dans l'actuel. Ce qui compte à leurs yeux, c'est d'abord ce qui se passe aujourd'hui, une source de chaleur relationnelle que beaucoup d'adultes ne sont pas capables d'apporter.

Sans entrer dans la grille des catégories épidémiologiques chiffrées, en se référant plus modestement à une expérience de quinze ans de consultation et de pratique hospitalière, on peut dire que l'espérance de vie du déprimé âgé est bonne. Elle est au moins comparable à celle d'une population de pédiatrie, c'est-à-dire justement de quinze ans, âge de l'adolescence. Les patients âgés sont plutôt fidèles, réguliers et attentifs. Une note d'optimisme pour réconforter ceux qui imaginent encore le contraire...

LES ÉTATS NÉVROTIQUES

Les théories de l'angoisse

Le symptôme majeur de la souffrance névrotique est l'angoisse. Freud en a imaginé deux théories successivement. La première est économique, la seconde historique.

Par *économique*, on entend que l'angoisse correspond à une décharge libidinale directe d'une excitation qui n'a pas été élaborée. Une excitation est dite élaborée lorsqu'elle est liée dans l'appareil psychique soit à un autre affect ou à une réaction somatique, soit à une représentation. L'angoisse est dite « flottante » lorsqu'elle cherche à se lier à un objet, phobogène par exemple (le noir, les serpents, un mythe, une légende...).

Dans un premier temps, Freud imagine que l'angoisse des névroses actuelles est l'extériorisation d'une expérience corporelle du moment. Il ajoute que l'angoisse de l'hystérie correspond à un mécanisme plus complexe. Il s'agit cette fois d'un produit de refoulement, refoulement qui porte sur une élaboration, sur une liaison. Il a donc fallu qu'antérieurement la libido fût liée à une représentation d'abord consciente. C'est le conflit névrotique qui défait ce lien, ou plutôt qui en défait l'expression consciente et compréhensible.

Donc, si le surgissement de l'angoisse est phénoménologiquement identique, les chemins parcourus sont différents. C'est la théorie de l'angoisse automatique.

Par *historique*, on entend que l'angoisse est le rappel d'une situation de danger qu'une exigence pulsionnelle actuelle réactive. Elle s'exprime au niveau du Moi, mais la compréhension de sa production est différente.

L'angoisse n'est plus liée à l'existence d'un danger réel, extérieur. C'est au contraire la réaction du Moi devant un danger fantasmé. Le fantasme est l'héritier d'une série de situations difficiles dont l'aboutissement est l'angoisse de castration. Cette angoisse de castration a été précédée par les multiples formes de séparations rencontrées inéluctablement au cours de la petite enfance : la naissance, le sevrage, le contrôle des sphincters. Du plus archaïque au plus organisé, on assiste à une structuration progressive des expériences liées à leurs représentations.

Freud alors inverse sa compréhension de la séquence. L'angoisse n'est plus ou le produit d'une décharge directe ou celui du refoulement, mais au contraire le moteur même du refoulement. C'est l'angoisse surgissant dans le Moi qui provoque le refoulement. La séquence devient ainsi menace pulsionnelle qui active l'angoisse de castration, l'angoisse provoque la mise en jeu du refoulement qui efface alors la représentation angoissante. La représentation est refoulée : l'angoisse est incluse dans le processus de défense. C'est la théorie de l'angoisse-signal.

On a tenté, ensuite, de rapprocher les deux conceptions. Par exemple, en rappelant qu'en situation de danger réel, l'angoisse est toujours automatique, directe, inondant l'appareil psychique. Ou encore en observant que les deux conceptions, angoisse automatique et angoisse-signal, peuvent être rattachées aux stades de développement de l'enfant. Dans l'époque préœdipienne, le Moi naissant, le Moi infantile serait vite débordé en raison de sa fragilité face à un niveau d'excitation trop élevé. Ensuite, à la période de l'Œdipe et après l'Œdipe, dans un appareil psychique plus équipé, plus fort, l'angoisse prendrait peu à peu valeur de signal d'alarme. Il s'agirait de la succession de deux ordres d'expériences.

Au cours du vieillissement, on rencontre deux types de souffrance névrotique : celle issue d'un fonctionnement historique, sur le mode du rappel d'une situation de danger, et celle issue d'une décharge plus ou moins directe, plus ou moins pure, mal contenue par l'appauvrissement de la mentalisation. La première correspond à des décompensations de névroses anciennes, la seconde se rapproche des névroses actuelles. Nous commencerons par ces dernières en raison de leur grande fréquence clinique.

Les névroses actuelles

Freud a désigné ainsi la neurasthénie, la névrose d'angoisse et l'hypocondrie.

Rappel historique et aspects dynamiques

La neurasthénie a été décrite, avant Freud, aux USA et rapportée à la vie trépidante des cités modernes. Obstinément liée à une cause organique ou culturelle, la neurasthénie a d'abord été présentée comme la conséquence du surmenage. Plus tard, Freud s'est demandé si l'épuisement constaté n'avait pas un lien avec un excès de masturbation ; il tourna la réflexion vers la sexualité. Puis il attendit la fin du XIXe siècle pour séparer la névrose d'angoisse de la neurasthénie (1895). Son argumentation se fonde sur l'existence de l'angoisse comme symptôme majeur, rattaché à une insatisfaction sexuelle par répression. Freud pense aux relations sexuelles, à la libido d'objet. Mais il n'a pas encore introduit la notion majeure de fantasme, de médiation par la représentation qui pourra canaliser vers la mentalisation toute une activité sexuelle, alors sublimée. Ici se pose la question du statut de la représentation au sein du fonctionnement mental, question centrale pour l'économie du vieillissement. Lorsque la mentalisation s'appauvrit, on se rapproche du modèle de la névrose d'angoisse.

La notion d'hypocondrie pour Freud se fonde sur le narcissisme, sur le sort de la libido du Moi (le sujet se prenant pour un objet d'amour), par opposition à la libido d'objet. Il émet alors l'hypothèse que l'hypocondrie, avec sa plainte centrée sur l'organe, pourrait correspondre à une stase libidinale dans cet organe. Le mouvement narcissique se caractérise ici par le retrait des investissements sur le corps propre. Freud y introduit une distinction supplémentaire en notant que le neurasthénique présente sa plainte somatique comme une maladie réelle (ce qui soulève tôt ou tard la question d'une conviction délirante), tandis que dans la névrose actuelle l'hypocondriaque reconnaît sa souffrance comme « nerveuse ». La plainte passe par le corps, sans y rester obligatoirement fixée. L'hypocondrie serait donc un avatar narcissique de la libido.

Clinique de la neurasthénie

Le sujet se plaint d'épuisement, d'une lassitude irréductible. La plainte majeure, centrée sur le corps fatigué et fatigant, est cependant entourée d'un riche halo névrotique. Le malade se traîne, mais il cherche quelqu'un pour écouter ses plaintes. Il le trouve parfois momentanément, malgré le côté pesant de ses répétitions, de sa complaisance pour soi-même, l'aspect négligé d'un personnage à la dérive. C'est que, derrière une présentation de grand enfant malheureux et perdu, sur lequel le temps est comme resté sans effet, existe souvent un déprimé qui s'ignore. La composante dépressive est toujours à rechercher, car, lorsqu'elle existe, assez nettement, au moins permet-elle une transaction thérapeutique d'assez bon aloi.

Parfois, l'insomnie, le manque d'énergie dès le matin sont rendus responsables du mal-être général. De toute façon, les malades sont seuls, douloureusement seuls, en quête d'une âme secourable capable de réduire leur

misère névrotique. Quand une relation thérapeutique s'engage, les bénéfices secondaires freinent rapidement les effets d'une amélioration partielle.

Généralement, la neurasthénie n'est pas récente. Il s'agit plutôt de l'aggravation d'un état ancien qui fera chercher un événement déclenchant. Comme la perte d'objet est toujours présente à un moment ou à un autre du grand âge, on s'attachera à évaluer le degré d'investissement de l'objet perdu, ainsi que ses modalités. Souvent, il s'agit d'une fonction domestique concrète, remplie jusque là par le conjoint disparu. Les hommes se plaignent surtout de l'intendance, les femmes de l'insécurité. Dans leur discours, le réel se mêle à l'imaginaire. Il n'est pas facile de retrouver la trace des fantasmes. Le sentiment de n'exister pour rien ni pour personne est constant, indépendamment même de la réalité familiale environnante. On est peu renseigné sur la sexualité d'organe, encore moins sur la nature des fantasmes sexuels. Quand on connaît les années nécessaires à un adulte en analyse avant qu'il s'accorde le droit de les décrire, on peut douter d'obtenir un jour des éléments sur ce sujet d'un patient âgé, même vu régulièrement en psychothérapie. Dans ce domaine, la relation entre masturbation et asthénie atteint une asymptote sur laquelle la répression culturelle joue aussi son rôle.

La névrose d'angoisse

Ce n'est pas tant l'angoisse qui la spécifie que l'aptitude du sujet à l'amplifier sur un fond permanent d'anxiété. Le malade est en état d'alerte, mais c'est l'alarme dès qu'une défaillance somatique survient. Vue du dehors, c'est comme une hystérie sans consistance, sans solidité. On pense à une effervescence désordonnée qui n'a pas encore trouvé son style de défense.

L'intéressé exprime l'attente d'un danger, l'avenir l'inquiète, il est en proie au désarroi. Il se sent faible, abandonné par son étoile, craintif et vulnérable. Impossible de répondre vraiment aux sollicitations de l'entourage, à qui il adresse pourtant des demandes d'aide, tout en lui opposant des refus. La qualité même des plaintes rappelle celle des enfants grincheux et insatisfaits.

Le sommeil est médiocre, les réveils nocturnes fréquents. Les rêves, lorsqu'ils sont décrits, apparaissent comme brefs, centrés sur les événements de la veille, le recrutement associatif reste pauvre. On a l'impression que la mentalisation dépérit.

Le sujet lutte contre la passivité. Il s'agite de façon stérile, désordonnée. Il se montre hypersensible aux remarques ou aux contrariétés. D'humeur instable, il présente des variations vasomotrices rapides et intenses, se plaint de spasmes digestifs, cède facilement à la colère. Son foie est « malade », son intestin « paresseux », ses urines « fétides », sa tête enserrée dans un casque, sa vie sexuelle réduite à néant.

Le sujet est au cœur d'un drame intérieur, dont il reconnaît bien le siège en lui-même, sans pouvoir le juguler. Il est inquiet, perplexe, découragé. À l'entendre, il a raté sa vie, le présent est insurmontable, l'avenir chargé de

menaces. Mais ces menaces ont un caractère curieux, presque attirant, de l'ordre parfois d'une certaine excitation à se faire peur. La quête est alors plus érogène que rationnelle. On devine un ébranlement du corporel plus recherché et entretenu par un état physique que par une activité fantasmatique consciente et accessible.

Sur ce fond permanent, des crises surviennent. Le malade suffoque, son cœur s'emballe, des douleurs thoraciques peuvent conduire à discuter l'existence d'un angor. Les signes fonctionnels digestifs sont légion : oraux, anaux ou les deux. Les émissions d'urine sont fréquentes et pas toujours bien contrôlées. Un florilège de troubles fonctionnels ou neuro-végétatifs s'épanouit. La peur de la maladie amplifie la moindre manifestation somatique. Tout a valeur d'appel à l'égard de l'objet affecté d'une qualité contraphobique. Sa présence apaisante est généralement le meilleur sédatif.

Cependant, à terme, lorsque les phobies s'organisent, elles restent au niveau des phobies d'ambiance, sans beaucoup de solidité défensive comparée, par exemple, à la phobie d'objet (serpent, objet symbolique, etc.).

L'impression générale, tant au moment de la crise que de l'intercrise, est en faveur d'une mentalisation incertaine, comme atteinte de « porosité », à l'instar du squelette vieilli, au sein de laquelle les liaisons symboliques se raréfient ou manquent de solidité. On est constamment à la merci d'une défaillance des défenses labiles, fluctuantes et comme vite balayées par une poussée pulsionnelle d'importance. En un mot, l'ensemble fonctionne plus au voisinage de l'angoisse d'abandon qu'à celui de l'angoisse de castration.

L'hypocondrie

L'hypocondrie névrotique se caractérise par la peur d'une maladie somatique généralement centrée sur un organe ou une fonction, exprimée sur le mode répétitif, monotone, pauvre et insistant. Dès le réveil, la plainte canalise l'angoisse focalisée sur une défaillance, plus supposée que réelle. Cependant, comme les petites défaillances s'accroissent fatalement avec l'âge, faire correctement la part des choses est rarement aisé. Un clinicien averti sait par expérience qu'on peut être déprimé et porteur d'un fécalome, arthrosique et sciatalgique, uriner sans trop d'alarme, malgré un adénome prostatique.

La clinique du sujet âgé est faite d'intrications incessantes. Le signe isolé ne prend son sens que dans un contexte élargi, car, à terme, l'hypocondrie est plus un état, une manière d'être qu'une maladie.

A moins qu'une lésion véritable constitue un point d'ancrage à l'angoisse névrotique, c'est généralement le tube digestif qui est incriminé. Le malade se plaint de l'estomac, d'indigestion, de l'intestin, de constipation, de l'anus. Il consomme une quantité impressionnante de médicaments, abuse de laxatifs, sans beaucoup de succès. Sur le plan psychique, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une régression de la libido sur le mode anal ou oral, ou les deux. Le Moi du vieillard se modèle sur le fonctionnement

du tube digestif. De même que la faim pour le nourrisson est fortement liée à l'absence, chez le vieillard les altérations du cheminement alimentaire semblent liées à l'angoisse de mort. Plutôt que d'avoir à penser et à dire sa peur devant la perspective d'une disparition imminente, l'hypocondriaque se comporte comme si ses malheurs présents et à venir se limitaient à un défaut d'organe. Plus le corps est perçu comme amoindri, plus l'illusion de le croire réparable s'accroît. A la vérification incessante, inquiète et minutieuse, s'oppose une dénégation obstinée, si têtue qu'elle confine au déni. Seul l'apaisement procuré par une présence chaleureuse permet, quelquefois, une prise en considération partielle des mécanismes psychiques qui sous-tendent ce fonctionnement.

Quoi qu'il en soit, la dépression est toujours présente. Seule varie son intensité. Elle est souvent chronique et aggravée au moment de la consultation. Comme il n'y a pas d'élaboration mentale possible en phase dépressive, on s'appliquera à prescrire un traitement et à rechercher un événement déclenchant.

L'événement peut être interne ou externe. Interne, c'est un accident somatique, rarement bien sérieux, mais dont la souffrance et les inconvénients sont hypertrophiés par le sujet. A contrario, un organe insuffisant, dont l'état n'a pas visiblement changé, peut être accusé de maux insupportables au moment où un conflit d'intérêt se développe avec les enfants. Finalement, c'est moins la plainte en elle-même que sa majoration qui alerte le clinicien. Alors commence un travail méthodique où chaque investigation doit être menée jusqu'à une compréhension suffisante. Le dosage des examens d'exploration est toujours affaire de doigté. Multiplier les examens accroît l'appréhension du patient. Trop les limiter lui fait courir des risques. En cas de doute, on a souvent intérêt à scinder les recherches afin que chaque clinicien conserve une bonne liberté de manœuvre.

Le psychiatre s'appliquera à rechercher derrière l'anxiété majorée, l'angoisse, l'existence d'une dépression toujours possible. Il évaluera la composante d'appel à l'autre contenu dans la plainte pour aider le sujet à élaborer celle-ci, à lui donner du sens, à modérer l'espérance thérapeutique, généralement surdimensionnée. Le sujet âgé, souffrant et dépendant, attribue par contre-coup des qualités souvent exceptionnelles à son médecin. Il appartient au médecin d'atténuer ce mouvement, car celui-ci est générateur à terme de déceptions douloureuses. Sans cette précaution, les meilleures relations thérapeutiques n'y résisteraient pas.

En somme, l'hypocondrie du sujet âgé est plus un climat, une manière d'être, une façon de réagir à une situation de crise qu'une maladie bien cernable. Il est moins difficile de réclamer une réparation corporelle que de supporter le chagrin d'avoir à quitter un appartement, témoin d'une longue partie de son existence, préfiguration du chagrin d'avoir à quitter la vie. Il est moins difficile de vérifier la solidité d'un réseau d'étayage à l'occasion d'une souffrance organique, en exagérant ses plaintes le cas échéant, que d'engager directement les négociations avec les tiers, dont on dépend réellement désormais. Enfin

le mouvement dépressif surajouté appauvrit à son tour le fonctionnement mental jusqu'à lui donner parfois l'apparence d'un état déficitaire. Tout ceci confère à l'hyponcondrie le caractère d'une entité floue, composite et fluctuante. Au mal-être du vieillir s'ajoute une souffrance actuelle dont on recherchera le sens sans être garanti de le trouver jamais tout à fait.

Les conduites régressives

Discrètes ou massives, elles constituent probablement l'une des voies de recherche les plus fécondes. On peut les observer finement au cours d'un accident vasculaire cérébral. A l'issue immédiate de l'accident, la situation est souvent trop composite pour que l'on puisse véritablement isoler la régression, même si on la sent présente dans le mouvement économique du patient.

A distance, c'est plus clair. En effet, chaque fois que le sujet est confronté à une perte instrumentale, même discrète comme l'impossibilité de retrouver un mot récemment encore connu de lui, il réagit successivement de deux façons. Au début il se déprime. C'est très net. Il est en peine pour exprimer sa dépression, raison pour laquelle on ignore souvent celle-ci, mais il acquiesce, soulagé, chaque fois que le clinicien l'a reconnue et s'organise pour la soulager. Plus tard, la dépression dépassée, on assiste à un mouvement différent. Si la performance recherchée reste inaccomplie, le sujet cherche une satisfaction à vivre, généralement sur une voie régressive : il se pelotonne pour avoir chaud, il se couche pour retrouver une sensation agréable. Toute la difficulté consiste à gérer correctement ces mouvements-là, précieux pour l'économie libidinale du sujet. A les contrarier, on compromet le rétablissement qui reste encore possible, à les encourager, on risque de favoriser l'installation d'une position régressive confinant à la clinophilie. Tout est affaire de dosage et de recherche constante.

Plus massivement, certains vieillards tombent en quelques heures au niveau zéro de la dépendance. Alités, ils sont égarés, absents, bafouillants, comme terrassés et impuissants. L'examen somatique permet d'écarter une raison organique. Et l'on se retrouve à gérer un état d'extrême dépendance. Généralement l'entourage signale une difficulté toute récente : une blessure narcissique, une perte d'argent, une peur importante. Tout se passe comme si la défense suprême était constituée par la sidération des défenses. Toujours est-il que la sortie de ces états extrêmes est aussi rapide et mystérieuse que son entrée. On dirait qu'à trop s'intéresser à la réalité extérieure, ces sujets auraient négligé les nécessités de la réalité psychique. Ils se défendent par la suractivité. Privés de la mise en acte qui les conserve en bonne santé, ils régressent jusqu'à l'inaction la plus marquée afin, peut-être, d'y retrouver le sentiment de leur cohérence et de leur continuité. A partir de là, ils peuvent à nouveau investir la réalité extérieure sans beaucoup de dépenses de mentalisation.

Les organisations névrotiques vieillies

Si toutes les formes névrotiques composites peuvent se rencontrer en clinique, nous ne citerons que les formes typiques : la névrose obsessionnelle, la névrose phobique, la névrose hystérique et la névrose de caractère.

La névrose obsessionnelle

On la rencontre sous une forme banalement « minéralisée » avec le temps, ou à l'occasion d'un effondrement du système de défense.

Sous la forme « minéralisée », les constructions névrotiques ont perdu leur souplesse. Les idées obsédantes, les compulsions, les rites, qui sont les mêmes depuis de longues années, s'appauvrissent en se répétant. Le patient s'isole dans une recherche de l'ordre, à la fois obstinée et stérile. Ses intérêts pour le monde qui l'entoure diminuent. Dès qu'un événement, un effet du vieillissement réveillent l'angoisse de mort, on assiste à une réactivation des défenses. La plupart du temps, ces crises passagères très anxiogènes se calment, puis l'évolution monotone reprend son cours progressif et lent. Avec l'âge, on observe l'installation d'une espèce de compromis fait d'accalmies prolongées, encadrées par des rituels inamovibles. L'aspect extérieur est celui d'une sédation de la souffrance névrotique. Cependant un examen attentif retrouvera toutes les vieilles craintes en coulisse, prêtes à envahir la scène mentale à la première décompensation.

Les décompensations sont la conséquences d'un effondrement du système de défense, généralement lors d'une perte objectale ou d'une perte matérielle, qui symbolise l'objet. La forme la plus fréquente est la dépression sévère, intense, dont le diagnostic différentiel d'avec une mélancolie monopolaire d'apparition tardive n'est pas toujours facile. Dans le doute, on prendra toutes les précautions d'usage, car ce sont des formes dépressives qui conduisent au suicide. Sous traitement anti-dépresseur, qui réactive le fonctionnement mental ralenti, l'évolution permettra de confirmer le diagnostic.

On cite également les formes à évolution phasique, caractérisées par des poussées phobiques, et les formes déficitaires, où le commerce d'objet n'a presque plus sa place, aussi difficiles à gérer qu'un état psychotique, aussi incapacitantes.

Pour mémoire, on retiendra que la tentative de suicide est toujours possible lors d'un effondrement du système de défense provoqué généralement par une crise vitale, même très tardive.

La névrose phobique

Qu'elles existent isolément, développées sur un fond caractériel mal mentalisé, ou sur un fond de névrose d'angoisse, ou comme l'expression d'une évolution phasique de névrose obsessionnelle, les phobies sont généralement intenses, mais rarement d'emblée données comme telles.

Ainsi, derrière la peur banale de tomber dans la rue présentée comme la conséquence d'un équilibre instable attribué à l'âge, peut exister une authentique agoraphobie. Au-delà du symptôme, on ne s'étonnera pas de retrouver en psychothérapie le désir pré-conscient de faire une rencontre, désir combattu par le Surmoi.

Le besoin de faire un détour pour éviter un passage difficile peut tenir beaucoup moins aux accidents de terrain qu'à la peur invincible d'empoisonner ses amis en transportant de la mort-aux-rats à la semelle de ses souliers, condensation imagée et tenace de l'ambivalence. Il arrive même qu'une femme, d'une propreté méticuleuse, tombe et se luxe le genou en glissant sur une crotte de chien, comme si le psychisme utilisait les moyens mis à sa portée pour donner suite à ses poussées pulsionnelles. Le mental réutilise toujours le réel qui l'entoure et le mental vieillissant complique la situation par une mise en accusation du corps défaillant. Défaillant certes, mais généralement pas autant que des névrosés vieillis ont envie de le dire.

La difficulté à faire la part des choses s'accroît d'autant. Comment démasquer le réel quand une femme âgée, déjà victime d'une agression, utilise le souvenir du vol de son sac pour recouvrir le compromis névrotique d'un désir de rapprochement combattu par sa réprobation ? L'accès au fantasme est généralement difficile. Lorsqu'il apparaît, c'est seulement en filigrane, par rapport à d'autres situations, par analogies, avec des sujets plus jeunes.

Cependant, par leur qualité affective, ces peurs de la foule, du noir ou des animaux rappellent quelque chose de l'enfance, comme si à se retrouver faible devant un danger on recourrait à des moyens découverts dans la faiblesse. C'est dire que ces peurs contiennent aussi un incontestable appel à l'aide.

L'hystérie

L'hystérie évolue par crise, de conversion ou d'anxiété. Dans l'intercrise, elle se décolore en sourdine. On observe une persistance, voire une aggravation des symptômes. Cependant, l'existence d'une bonne vie sublimatoire permet généralement de les atténuer, au moins pendant le temps où ces sublimations permettent de conserver un public. Privée de public, l'hystérique se retrouve au chômage, ou elle développe une pathologie anxieuse, bien difficile à contenir et souvent même avec le temps de moins en moins sensible aux médicaments et à la psychothérapie. Quand une hypocondrie s'installe, il faut reconnaître qu'on est très embarrassé.

A tout prendre, il vaut mieux se trouver en présence d'une conversion franche. Quand la malade accuse une maladie d'apparition récente, il faut chercher le modèle identificatoire, presque toujours situé dans l'entourage immédiat. L'emprunt des symptômes garde une fraîcheur de bon aloi, il permet d'espérer une mobilisation car il contient sa part de demande affective.

Elle est plus difficile à diagnostiquer lorsqu'elle se mêle à une dépression, car la souffrance dépressive en altère l'éclat. Cependant, une observation attentive et prolongée permettra de la retrouver derrière une tristesse provoquée par une plainte restée longtemps sans réponse.

L'anxiété intense est plus redoutable. Avide comme une demande orale, vorace, impossible à satisfaire, elle est mal calmée par les médicaments, dont ces patients fragiles critiquent toujours les effets secondaires. Elle n'est pas seulement la conséquence d'une perte d'objet douloureuse, ou celle du réveil d'un fantasme de castration, elle est aussi une forme très archaïque de quête d'objet, d'un objet assez indifférencié. On dirait que l'hystérie redégringole les marches de son évolution au cours de laquelle, le risque suicidaire n'est pas absent.

La névrose de caractère

Par opposition à la névrose obsessionnelle et à l'hystérie, aux riches productions mentales, la névrose de caractère est une organisation pauvre. Sa symptomatologie est négative. Le patient décrit des faits, des actes, des enchaînements inodores et sans saveur, sans aucune marque personnelle. Cette pauvreté mentale, aggravée par le radotage, peut faire soulever la question d'une démentification à bas bruit. On dit aussi qu'en cas de dépression essentielle elle fait le lit des somatisations. Et pourtant on rencontre beaucoup de névroses de caractère âgées, voire très âgées, qui n'ont jamais souffert de maladie somatique. Probablement, le lien entre l'organisation mentale et une somatisation est-il loin d'être univoque. Dans l'ensemble, on peut dire qu'elles vieillissent comme elles ont vécu, c'est-à-dire sans beaucoup d'éclat.

Leur existence tardive, bien au-delà des 80 ans souvent, se caractérise par une robustesse mentale, une solidité, une capacité tournée vers l'action, contrastant avec une incapacité à produire des fantasmes pose une question épistémologique. Les sujets ont traversé la vie sans accident somatique majeur. Que penser alors de l'hypothèse qui ferait de la névrose de caractère le lot de toutes les somatisations ! L'observation des âges ultimes de l'existence lui enlève de sa pertinence, un fait qu'il faudra bien prendre en considération.

LES TROUBLES DU CARACTÈRE

Les caractères pathologiques

Les organisations caractérielles

L'exacte frontière n'est jamais bien tracée entre le sujet sain et le sujet malade, dès l'instant où les désordres de personnalité sont inconstants. Ou bien cette inconstance ne tient qu'au réveil de ceux-ci à l'occasion de

moments difficiles à vivre, de situations conflictuelles, ou elle est le fruit d'une accentuation progressive des traits de caractère par un effet de l'âge. Occasionnels ou durables, les éléments caractériels se spécifient par la mise en actes, par des conduites à la place d'une mise en jeu des représentations sur la scène mentale. La capacité à mentaliser la vie pulsionnelle est déjà inégalement répartie au cours de la vie adulte. Avec l'âge, les écarts se creusent et le seuil de réponse agie s'abaisse.

Bien entendu, la réponse à une situation conflictuelle est surdéterminée par la personnalité antérieure. L'introverti accentue son repli sur soi. Il se retire du monde, abandonne ses activités favorites, se méfie de la nouveauté. Quand il s'y mêle de la fatigue et des idées pessimistes, on s'interroge sur l'existence d'une composante dépressive, qui peut toujours œuvrer en sourdine. Cependant, il s'agit d'une dépressivité habituelle, pas toujours facile à distinguer d'une dépression franche, et qui réagit peu aux traitements antidépresseurs. S'y mêlent aussi des éléments de méfiance à l'égard d'autrui ou devant une situation nouvelle. Ces éléments sont plus la conséquence d'une phobie d'ambiance que le fruit d'une activité projective inquiétante. Le degré d'isolement relationnel accélère ce mouvement de repli.

A l'opposé, l'extraverti explose. Il s'emporte facilement, tombe sous l'emprise de la colère ou, à un moindre degré, réprime mal une agressivité verbale devant une contrariété. C'est en outre un suractif qui lutte contre le sentiment de son déclin par une surabondance de tâches, plutôt stériles, et pas très efficaces pour lutter contre la dépression qui gagne. Les sujets qui rencontrent des difficultés pour investir la passivité de façon agréable, sont douloureusement mis à l'épreuve par les manques à vivre, les limites imposées par le vieillissement.

Au-delà des conduites manifestes, le renversement de sens de la balance libidinale vers le narcissisme provoque, à son tour, des réactions caractérielles. Le sujet âgé qui s'isole volontairement, qui évite ou refuse le contact, qui se montre envieux à l'égard des jeunes ou peu soucieux d'humanité à l'égard de ses contemporains, a déjà tourné ses investissements libidinaux vers lui-même. Ou bien il s'agit d'une personnalité antérieurement égocentrique dont le nombrilisme s'accroît, ou bien il s'agit d'une personnalité antérieurement ouverte dont le repli actuel n'est qu'une défense face à une situation de carence. Une simple offre d'ouverture au cours d'un entretien, par exemple, est aussitôt suivie de réponse positive. La composante défensive est alors mise en évidence. On s'appliquera à la réduire par un bain social adéquat et, au besoin, par un soutien psychologique chaque fois que les conditions le permettent.

Au chapitre des mécanismes de défense, on relèvera l'importance de la dénégation. « Vieillir, ça n'arrive pas qu'aux autres », semblent penser les personnes âgées qui conduisent encore une voiture après l'installation d'une cécité partielle ou d'une surdité. « Ils s'arrêteront bien pour me laisser passer », imaginent encore ceux qui traversent la rue sans regarder, comme

si les véhicules n'existaient que dans la mesure où on les regarde. A tort, ces dénégations sont souvent ignorées par le clinicien, qui croit avoir trouvé dans la découverte d'un défaut de perception la raison de leur existence. Or il y a presque toujours mieux à faire en recherchant comment l'appareil psychique réutilise le défaut instrumental, soit pour inventer une compensation efficace, soit pour y ajouter une cécité névrotique, qui aggrave alors la situation. En outre, le risque de voir transformer un inconvénient de l'âge en rente de situation n'est jamais tout à fait exclu, naturellement. C'est dire si les conduites caractérielles, si gênantes pour l'entourage, ne sont jamais uniquement réactionnelles, puisqu'elles contiennent toujours, peu ou prou, une composante transactionnelle destinée à quelqu'un. En repérant comment on peut être ce destinataire-là, on cherchera à en tirer parti pour assouplir un fonctionnement trop réactif.

Les déviances

Qu'il s'agisse de délits sexuels, de vols ou de toxicomanies, dont l'alcoolisme représente la forme basale dans notre culture, l'installation d'une conduite antisociale est rarement récente. Il importe donc de rechercher ce qui a pu la relancer ou l'aggraver. Généralement, ces sujets dépendants se trouvent en défaut de support. Leur intégration sociale et leur vie morale sont souvent gérées par un tiers. Qu'il vienne à manquer, et c'est le retour à la délinquance. Qu'il réapparaisse, et c'est l'apaisement, bien relatif au demeurant, et sur le mode des échanges musclés, puisque les conflits ne sont pratiquement jamais intériorisés. Les sujets qui posent des problèmes à toutes les collectivités par leur impulsivité, leur agressivité, leur ignorance de la règle sociale généralement se calment un peu avec l'âge. Encore existe-t-il des réveils tardifs qui peuvent être redoutables, en petit nombre heureusement. Les sujets instables, qui n'ont jamais de relations satisfaisantes avec personne, ne sont généralement pas anxieux. Les approcher en est d'autant plus délicat et les effets thérapeutiques d'un travail engagé avec eux restent souvent bien limités.

Les personnalités pathologiques

Le caractère hystérique

Sans aller jusqu'à une organisation névrotique très intensive sur le plan imaginaire et fantasmatique, les sujets de caractère hystérique développent une certaine tendance à la mythomanie, se montrent émotifs, impulsifs, facilement angoissés et mal à l'aise. Il s'agit, au fond, d'une organisation névrotique sans solidité, au Moi faible et influençable. Leurs affects débordent, leur amour est possessif, jaloux et destructeur. Ce sont des sujets avides, jamais comblés, ou encore des rebelles parcimonieux.

La résurgence de la vie infantile, que l'on décèle dans la qualité même des affects, peut se manifester jusqu'aux moments ultimes. Le déséquilibre ins-

tinctivo-affectif, qui évolue sous l'étroite dépendance à l'égard de l'objet, est facilement en péril au cours des crises vitales inéluctables pendant le vieillissement. Le clinicien, qui peut être gêné par la surabondance des plaintes, recherchera la composante dépressive souvent présente, au cœur de ce désordre, afin de créer un lien thérapeutique utile. L'hypocondrie, également présente, s'en trouvera réduite, l'anxiété épongée et la tendance à la dramatisation contenue. Du coup, on pourra engager les investigations nécessaires sur de meilleures bases.
En particulier, on restera attentif lors d'un changement récent et important du caractère, car il peut être annonciateur d'une entrée dans la démence.

La paranoïa tardive

Ainsi nommée par les auteurs américains, le délire de persécution ou, plus exactement, les idées délirantes développées dans un cadre hautement érotisé par une vieille femme isolée, représentent un tableau clinique assez spécifique du grand âge. Il s'agit d'une femme encore pourvue d'une activité fantasmatique riche et diversifiée, qui se plaint soudain d'être menacée de sévices par des démons mâles et femelles qui viennent la tourmenter jusque dans son intimité. Parfois le démon a les traits d'un inconnu, parfois ceux de la voisine. Quoi qu'il en soit, le danger est présenté comme venant du dehors. C'est une menace de viol, de dérangements nocturnes, d'intrusions. La femme ainsi menacée se méfie. Elle accueille cependant les visiteurs qui viennent prendre soin d'elle et écouter ses doléances. Généralement elle accepte le médicament qu'on lui propose. La sortir de son cauchemar n'est pas très difficile. A la longue, les idées, qui ont été affirmées avec une conviction délirante, s'estompent pour s'enkyster plus que pour disparaître tout à fait. Une relation thérapeutique souple et confiante constitue le meilleur remède à la situation. Mais une nouvelle flambée est toujours possible.

DÉLIRES ET HALLUCINATIONS CHEZ L'ÂGÉ

Généralités

Les mots « délire » et « hallucination » font basculer le sujet qui en est atteint dans le domaine de la maladie mentale sévère et, aussi convaincu qu'il soit de la réalité de ce qu'il ressent, il redoute le jugement de l'observateur médecin ou autre.
Le mot « délire » a comme signification étymologique le fait de sortir du sillon, de la norme, il est employé en psychiatrie pour un patient présumé qui perçoit ou interprète faussement les faits du monde réel, sur lesquels chacun ne peut être que d'accord.
Ce n'est pas la première façon que l'on a eu d'expliciter « le pauvre fol » populairement ainsi désigné, car le premier qualificatif a été de parler

d'insensé, c'est-à-dire celui qui n'est pas capable d'utiliser sa raison pour donner un jugement équilibré conforme à une juste appréciation de la réalité. En somme, « le fol » se laisse abuser par ses sens et peut être la victime d'illusions ou d'hallucinations (du latin *hallucinare*, qui signifie se tromper). Dès le XV[e] siècle, on utilise le mot « délire » pour signaler des idées fausses en contradiction avec la réalité, puis le mot « vésanie » pour la maladie qui en comporte. Il faut attendre le XVIII[e] siècle pour parler de « malade délirant ». « Psychose » désigne quant à lui vers 1869 une maladie mentale dont le patient ne reconnaît pas le caractère morbide et dont le trouble demeure dans le monde du jugement et des idées. Lorsque les troubles du comportement qui en découlent nécessitent l'internement, le malade est désigné comme « aliéné » et peut être accueilli dans un asile.

Il s'oppose au mot « névrose » qui désigne un trouble corporel entraînant des sensations bizarres et diffuses à tout l'organisme et que Cullen (1785) attribue non pas aux humeurs mais aux nerfs périphériques. Depuis lors, le terme de « névrose » a beaucoup évolué, en passant par Freud, et finissant par être banni dans la classification du DSM plus de 200 ans plus tard.

Le terme de « psychose » garde sans doute une plus grande précision s'appliquant à toutes les profondes perturbations du psychisme humain, le fonctionnement même de la pensée paraît perturbé, tantôt dans son raisonnement, tantôt dans sa liaison avec la vie émotionnelle.

Mais justement cette persistance, au travers des siècles, est due aux critères sémiologiques qui en font l'unité : il s'agit de la présence d'un délire. Celui-ci peut correspondre à des thèmes très variés. Il se caractérise toutefois par des pensées et des convictions qui s'avèrent fausses et même invraisemblables, du moins dans une culture donnée et pour une majorité de la population (thèmes mystiques, disparition, apparition, miracles, influence diabolique). Dans d'autres cas, en particulier pour l'âgé, le thème peut paraître vraisemblable ou indécidable (idées de jalousie, sentiments de vols, de persécution, de menaces).

C'est dire que le thème lui-même ne doit jamais être le seul argument d'acceptation ou de récusation de la possibilité d'un délire. On doit tenir compte du contexte culturel et social dans lequel la personne âgée a vécu et quelles convictions elle a affichées tout au long de sa vie. Le témoignage de l'entourage est essentiel.

Les hallucinations désignent cette « perception » mono- ou multisensorielle qui ne correspond pas à la réalité. En ce qui concerne ce que nous voulons nommer « l'hallucinose », la conviction est incertaine et fluctuante, bien plus forte au moment de la tombée du jour ou dans des situations exceptionnelles comme l'hospitalisation dans une chambre de réanimation.

Il existe en effet bien des intermédiaires entre la conviction complète qui transforme et explique le monde du délirant et la simple perception d'une illusion sensorielle comme celle des vertiges, où le monde extérieur nous donne la sensation très pénible de tourner autour de nous dans un sens bien

déterminé sans que nous ne confirmions, de ce fait, que le monde s'est mis brusquement à tourner ! (comme l'illusion du départ du train voisin pour le voyageur partant en sens inverse). C'est pourquoi il faut être très attentif au discours du patient et tenter de le laisser s'exprimer sans le heurter et en tenant compte des circonstances dans lesquelles il s'exprime.

Le mode de recueil clinique du délire

Il n'est pas simple de se montrer attentif à la survenue ou à l'apparition d'un état délirant chez le sujet âgé et de savoir progresser dans sa description sans s'arrêter au simple trouble visible du comportement. Très souvent, les idées délirantes ne sont avancées qu'avec précaution et parcimonie par le sujet, qui pressent plus ou moins leur nature bizarre et craint d'en faire état. S'y résout-il, l'entourage fera tout pour banaliser le propos, ou pour mettre sur le compte de l'âge des paroles peu sensées, voire pour minimiser le thème farfelu : « C'est des bêtises, ne l'écoutez pas ».

Justement il faut tout faire pour écouter la personne qui, face au médecin, se rend compte qu'elle n'a pas intérêt à déployer ces pensées interdites. Dans un premier temps, il est donc nécessaire de se renseigner auprès de l'entourage qui constate ces faits, bien sûr la famille lorsqu'elle est très proche du patient mais aussi les voisins, la femme de ménage, l'aide ménagère. Dans une maison de retraite, c'est souvent le personnel de service qui est le plus au courant de ces bizarreries, se révélant au cours de conflits ou de confidences à propos de ses peurs.

Le médecin traitant est plus ou moins tardivement mis au courant, faut-il encore qu'il en fasse état sans en cacher la singularité derrière un diagnostic général, décompensation, dépression ou délire sans autre précision. Parfois même, on peut cacher le trouble psychique lui-même par un symptôme médical qui coexiste : HTA, troubles de l'appétit et du sommeil.

Il ne faut pas hésiter alors à reparler avec le médecin généraliste pour obtenir une description minutieuse des symptômes, ceux qui ont été observés directement, ceux qui le sont de façon indirecte, mais également pour obtenir la chronologie exacte des faits, le début tel qu'il a été constaté, les causes déclenchantes qui sont en fait très difficiles à apprécier. Certaines études (GB et USA) font état de 2 % de la population de plus de 65 ans qui pourrait être atteinte de délire à un moment ou à un autre.

Deux points nous paraissent très importants pour distinguer les différentes formes cliniques : le thème et le mode d'expression du délire. Les modalités d'apparition et d'évolution des troubles distinguent, en particulier, les délires d'apparition aiguë avec troubles du comportement (agitation nocturne, insomnie, cris, prostration, tentative de fugue) et les troubles d'apparition insidieuse avec un délire le plus souvent masqué. Un élément essentiel est constitué par la notion de conviction délirante, laquelle peut être faible ou fluctuante, avec des périodes de doute et de retour à la raison, alors que

dans d'autres cas la conviction est inébranlable, le patient allant jusqu'au bout de ses certitudes et jusqu'aux conséquences les plus néfastes.

Les propos délirants

Finalement la véritable preuve du délire et des éventuelles hallucinations est donc fournie au sein d'une relation (pas obligatoirement thérapeutique) par le discours propre du patient.

Il est important de distinguer dans le discours les éléments qui témoignent des hallucinations sensorielles et les interprétations que le patient en donne. Par ailleurs, les cas où seul le discours témoigne de l'interprétation délirante du monde extérieur sont les délires paranoïaques. Relevons enfin ceux qui affirment les perturbations délirantes du corps propre : il s'agit du délire hypocondriaque.

Il est plus difficile qu'on peut le croire d'affirmer de quelles sortes d'hallucinations le patient âgé peut être victime, d'abord, parce que cela dépend de ses capacités d'expression et de sa volonté de l'exprimer, mais aussi parce qu'il existe plusieurs modes de manifestation du délire.

Le mode sensoriel peut intéresser chacun des domaines des organes sensoriels, y compris l'esthésie cutanée et la cénesthésie. Parfois, il est aisé de pouvoir désigner le système sensoriel prédominant ou de pouvoir affirmer la polysensorialité, visuelle, auditive, olfacto-gustative et/ou sensitive du délire.

Il est très important d'identifier nettement les hallucinations dont le patient témoigne, l'interprétation qu'il en donne, les circonstances déclenchantes ou parfois l'inconstance du phénomène et de ses convictions, le niveau de conscience qui les accompagne, le type de thymie associée.

Clinique descriptive des hallucinations

Elles peuvent constituer ou non le cœur du discours du patient.

Les hallucinations visuelles

Ce sont les plus fréquentes à condition de distinguer les manifestations rattachables à l'hallucinose (monosensorielle) et les hallucinations polysensorielles très souvent reliées à des idées de référence. C'est-à-dire lorsque l'hallucination, beaucoup moins précise, dans son surgissement à la conscience est immédiatement chargée d'une signification de danger ou de mauvaise intention de la part d'un tiers.

Syndrome hallucinosique. – Il est important de le distinguer d'un tableau hallucinatoire délirant classique, dans la mesure où l'état psychique du patient, la signification et surtout les conséquences étiopathogéniques sont bien différentes. L'hallucinose présente un tableau assez proche des mani-

festations physiologiques de l'endormissement, ce que l'on appelle les hallucinations hypnagogiques, du rêve qui nécessite le sommeil et dont le sujet n'est conscient qu'au réveil. L'hallucinose est un phénomène assez courant chez le sujet âgé : il faut y être très attentif pour pouvoir le dépister.

Il s'agit de visions, l'état de conscience lors de ce phénomène est très variable, plutôt dubitatif. Le sujet ne montre pas une adhésion totale, il est prêt à revenir sur ce qu'il a dit : « il est possible que cela n'ait pas existé ». A la question : « D'où venaient les personnes habillées de couleurs ? », il répond : « du côté de la fenêtre », ou dans d'autres cas : « ils passaient, ils étaient accrochés dans un arbre ». Mais cela suffit, même si les contradictions sont évidentes, les impossibilités ne retenant pas son attention.

Parfois même, la certitude du patient est fluctuante. Si l'on se laisse aller, comme le fait parfois l'entourage, à dire que cela n'est pas possible, le sujet veut bien l'admettre, en sachant que plus tard il pourra reprendre une version voisine sous l'effet de nouvelles hallucinations. Ces phénomènes hallucinosiques entraînent peu de conséquences perturbantes dans le comportement; elles sont intermittentes dans la journée et, souvent, prédominent le soir, à la tombée de la nuit et dans la solitude. Les phénomènes hallucinosiques ne nécessitent pas de traitement d'urgence ou de recours systématique aux neuroleptiques classiques. Ils peuvent être parfois modifiés par les anxiolytiques, par les hallucinolytiques atypiques (*Risperdal* ou *Leponex* à faibles doses) ou par un changement dans l'environnement (luminosité).

On les rencontre dans trois types de circonstances :

– les atteintes visuelles périphériques : c'est-à-dire la cataracte, les dégénérescences maculaires rétiniennes, la rétinite pigmentaire, les suites d'interventions oculaires. Mais la perturbation du système sensoriel de la vision ne suffit pas à déclencher l'hallucinose;

– les situations traumatiques post-opératoires : il s'agissait surtout dans le passé des syndromes post-chirurgie oculaires (syndrome du bandeau ou syndrome de Charles Bonnet), mais on peut les voir au cours d'une chirurgie non sensorielle entraînant une agitation post-opératoire plus ou moins forte (hallucinoses des chambres de réanimation avec perte des repères temporels);

– les atteintes cérébrales cognitives : on peut remarquer de tels épisodes au cours du développement du processus de détérioration cognitive. Ils peuvent être soit une démence de type Alzheimer, soit plus rarement une démence à corps de Lewy, où les manifestations hallucinosiques sont très précoces dans le cours de la maladie. En fait, il n'existe pas de spécificité sémiologique pathognomonique d'une ou l'autre étiologie.

Ainsi, on a souvent invoqué des perturbations vasculaires cérébrales comme pouvant être à l'origine de tels phénomènes en évoquant sans doute l'ancienne hallucinose pédonculaire de Lhermitte. De fait, on ne retrouve pas si couramment que cela l'hallucinose en tant que phénomène d'accom-

pagnement des démences vasculaires ou de l'atteinte du système vasculaire cérébral.

A signaler un diagnostic différentiel à connaître qui est la cécité corticale par atteinte occipitale dans la mesure où le patient n'ayant pas conscience de sa cécité interprète curieusement ce qu'il croit voir et qu'en fait il hallucine.

Les hallucinations auditives

Il peut s'agir de sons, de musique, de paroles peu compréhensibles dans le cadre de l'hallucinose survenant souvent sur une atteinte auditive (surdité partielle) avec ou sans acouphènes. Dans le cas opposé, on retrouve des paroles malveillantes, injurieuses, répétitives et attribuées précisément à un tiers et dans le cadre d'un délire de persécution.

Les hallucinations olfacto-gustatives

Il peut s'agir d'une dysgueusie spontanée ou attribuée aux aliments avec de l'amertume, du piquant et évoquant presque toujours des tentatives d'empoisonnement avec le sentiment de percevoir la volonté de se débarrasser de l'âgé. Bien sûr, on en distinguera la volonté de dépister l'absorption de médicaments liquides mélangés à son insu à la boisson ou à la nourriture. Sur le plan olfactif, il s'agit le plus souvent d'une cacosmie, gaz nocifs, boules puantes également attribuées à de mauvaises intentions de l'entourage visant à perturber ou à se débarrasser de la personne.

Les hallucinations sensitives

Il s'agit de sensations tactiles avec picotements, brûlures ou de sensations plus profondes, comme des décharges électriques, des atteintes de la moelle épinière qui sont délivrées pour torturer la personne, la rendre folle ou la tuer à petits feux.

Parfois, les impressions tactiles induisent une zoopathie avec la certitude du fourmillement sous-cutané de petits vers ou de parasites divers dans le corps et surtout grouillant sous la peau.

Les hallucinations cénesthésiques et génitales

On peut mettre sous cette rubrique les délires hypocondriaques avec conviction de ressentir les symptômes viscéraux de telle ou telle maladie, ou même du mécanisme par lequel cette maladie se serait installée, mais aussi les délires de négation au sujet des organes viscéraux (surtout les organes de la digestion et les perturbations des sphincters), souvent associés à des troubles de l'identité personnelle comme dans le syndrome de Cotard. On peut y rattacher les paresthésies et dysesthésies génitales, plutôt chez la femme, avec parfois douleurs des organes génitaux externes et/ou des sensations voluptueuses.

Les hallucinations intrapsychiques avec perturbation du contenu de la pensée et/ou de l'identité

Il ne s'agit pas d'une hallucination au sens immédiat, car le trouble n'emprunte aucun système sensoriel. Il s'agit d'une sorte d'autonomisation intracérébrale de la pensée comme le décrivait G. de Clérambault sous le nom d'automatisme mental.

La pensée est comme matérialisée dans le cerveau et peut être influencée par télépathie, ou des ondes magnétiques ou autres. La pensée peut être influencée, volée, selon des mécanismes qui apparaissent simples et évidents au sujet, qui le répète de façon stéréotypée et met en cause la télévision, le téléphone, les micros ou une caméra.

On peut y rattacher des sensations d'avoir perdu son identité, les limites de son corps, étendues à l'univers, les thèmes grandioses et d'immortalité.

Cela peut se voir dans le syndrome de Cotard, les délires tardifs, la paraphrénie ce qui les distingue clairement de la schizophrénie.

Délires hypocondriaques

Morel, en 1860, distingue du cadre des délires de persécution, les délires hypocondriaques en signalant qu'ils peuvent évoluer sur un mode « ambitieux ». Mais c'est Seglas qui a spécifiquement isolé le délire systématisé hypocondriaque. Il s'agit du développement d'un délire essentiellement interprétatif dans lequel il est possible d'assimiler les sensations cénesthopathiques à une véritable hallucination.

Mais il faut tenir compte de la fréquence chez la personne âgée du point d'appel somatique qui pose la question d'une maladie sous-jacente ; c'est tout le problème du médecin sollicité par l'hypocondriaque. Il n'en demeure pas moins que le diagnostic reste bien difficile avec les préoccupations souvent envahissantes du sujet âgé à propos de sa santé. Préoccupations légitimes (lorsqu'on sait les misères de l'âge) ou troubles fonctionnels psychogéniques, tendance majoratrice, avec interprétations physiopathogéniques bizarres : tout est possible. Même si la barrière du délire n'est pas commode à fixer, du moins faut-il tenter de s'en donner les moyens par un entretien soigneux, cherchant à faire s'exprimer au maximum le patient, tant pour la description de ses souffrances (ce dont il est rarement avare) que de ses conceptions pathogéniques.

On ne peut pas toujours prendre au pied de la lettre comme délirantes certaines conceptions pathogéniques qui justifient de nombreux régimes alimentaires étonnants. Certes, elles sont à proprement parler hors de la réalité, mais en fait elles peuvent très bien représenter la tradition populaire d'opinions médicales anciennes, de conceptions hygiénistes ou physiologiques dépassées. Elles ont été apprises souvent à partir d'affirmations médicales qui, dans leur jeunesse, ont guidé la vie du patient, mais il demeure nécessaire de rester attentif aux troubles importants du comportement qui peuvent

en résulter. Il est nécessaire d'en distinguer l'hypocondrie hystériforme, diagnostic qui a un peu tendance à être envahissant à l'occasion de plaintes répétitives du sujet âgé s'estimant toujours gravement malade.

Le patient âgé, d'humeur sombre et irritable, peut rabâcher sans trêve des plaintes en ce qui concerne :

– des douleurs corporelles rhumatismales diffuses ;

– des troubles du fonctionnement digestif : dysphagie, gonflement abdominal, crise de foie, ralentissement de la digestion, du transit ;

– les douleurs et brûlures linguales ;

– les difficultés de la mastication et de l'utilisation des appareils de prothèse dentaire ;

– le fonctionnement cardiaque, le cœur étant ressenti comme faible ;

– surtout bien entendu, des préoccupations extensives relatives aux fonctionnements urinaire, pollakiurie, manipulation des organes génitaux, douleurs du périnée ;

– encore plus souvent, le trouble du fonctionnement de l'excrétion intestinale, crainte de la constipation, interprétations délirantes à propos des selles, inquiétude permanente à propos du blocage des fonctions excrétrices.

Il est nécessaire de poser un véritable diagnostic différentiel avec l'hypocondrie hystériforme. C'est une forme ostentatoire de l'hypocondrie qui est en fait fréquente chez la personne âgée, dans les deux sexes. Les soignants doivent être avertis de ces formes qui posent fréquemment, à domicile ou en institution, le problème d'une complication somatique sous-jacente et aussi de l'attitude soignante qui peut devenir rejetante.

Il n'est pas facile de distinguer une attitude névrotique réactionnelle à une situation pathologique déterminée (insuffisance respiratoire chronique, artérite, infarctus du myocarde, rhumatismes, hémiplégie) du développement d'un délire hypocondriaque.

Une conduite spectaculaire est trop facilement intitulée « hystérique » et ne doit en tout cas pas être négligée ou repoussée de ce fait. C'est souvent une attitude régressive du sujet âgé qui peut cacher des atteintes somatiques sérieuses :

– soit des malaises spectaculaires avec chutes, sensations de paralysie qui inquiètent l'entourage et font faire appel de façon répétitive aux services d'urgence, entraînant le recours éventuel à l'hospitalisation ;

– soit un déficit moteur, avec boiterie, entraînant l'immobilisation au lit et l'exigence de soins permanents comme pour un grand infirme ;

– soit des douleurs à point d'appel rhumatismal, cardiaque, digestif ou urogénital. Les douleurs sont incessantes, limitent toute activité, entraînent l'insomnie, expliquent l'aspect acariâtre et l'état dépressif permanent.

Il est possible, mais rare, de voir se développer une symptomatologie inflationniste telle que la zoopathie, sensation de présence d'animaux dans le corps, plutôt de petits insectes, de vers, de serpents, et le délire d'influence dans lequel la transformation corporelle est interprétée comme due à des influences extérieures (ondes, courants, esprits maléfiques).

Les délires de négation

***Le syndrome de Cotard.* –** Décrit comme un délire spécifique par J. Cotard en 1880, il fut étendu par Seglas à tous les délires niant le propre corps du patient dans ses fonctions et dans ses organes. Chez la personne âgée, la forme de beaucoup la plus fréquente est celle qui s'accompagne d'un trouble hypocondriaque des fonctions digestives. Il faut tenter, par un interrogatoire précis, de faire ressortir la description la plus précise possible des souffrances du patient et des mécanismes qu'il ressent comme responsables de ses troubles.

1. Les idées de négation elles-mêmes comportent des troubles de l'identité de soi-même : négation de sa personne, de son existence, sensation d'être déjà mort et simultanément de risquer de mourir.

2. Les thèmes de négation d'organe consistent à ressentir le fait de ne plus avoir d'estomac, d'intestins, de reins, de foie.

3. Les idées de négation du fonctionnement des organes nous paraissent caractéristiques du syndrome de Cotard du sujet âgé, le plus souvent autour du fonctionnement digestif comme une interprétation délirante à propos de la constipation : son intestin « ne fonctionne pas », le patient « ne va pas à la selle », se sent « intoxiqué par la stagnation des matières » et n'est même pas convaincu par la survenue de selles diarrhéiques. La déglutition lui semble freinée avec dysphagie, il ressent des douleurs gastriques avec gonflement abdominal par blocage de la digestion, jusqu'à « l'arrêt des matières ».

Le blocage du bol alimentaire et de la fonction digestive est situé plus ou moins haut (de l'œsophage à l'estomac ou à l'intestin), il est ressenti comme plus ou moins complet, parfois étendu aux fonctions urinaires. Il faut signaler que le patient ne s'en plaint pas toujours directement. Médicalement, on parle d'anorexie, de dégoût de la nourriture, de constipation opiniâtre, de pollakiurie, mais il faut aller par l'interrogatoire à la recherche de l'affirmation par le patient de ces dysfonctionnements fondamentaux, sensation de ne plus pouvoir uriner ou d'uriner insuffisamment. On peut y rattacher, chez l'homme, la crainte envahissante de faire une rétention d'urine avec l'appel répétitif aux médecins. Plus rarement, le trouble fonctionnel redouté est celui du foie ou des reins, des poumons ou du cœur.

De tels troubles sont souvent retrouvés au sein d'un tableau dépressif, avec tristesse, fatigue, anxiété, insomnie. Parfois, il peut débuter un syndrome démentiel ; les thèmes peuvent apparaître fixes puis contradictoires.

Il peut évoluer vers une mélancolie ou un délire chronique lorsque les idées délirantes se complexifient et comportent les thèmes :

– de négation ou d'énormité corporelle ;
– d'immortalité ;
– de possession avec hallucinations.

Dans d'autres cas, ces états témoignent plutôt de crises de panique, que l'on doit soigner, et qui sinon se renforcent du fait d'une intolérance à la solitude et aux pertes d'autonomie. Il est important d'en comprendre la dimension

hypocondriaque, car sinon, tant sur le plan médical que social, on est amené à des explorations, des traitements et des décisions iatrogènes. Certains sujets âgés sont ainsi surchargés de traitements, de précautions, de limitations, de cures diverses dont la réalité organique n'est pas affirmée, et il est très difficile de revenir en arrière à propos de diagnostics et de mesures thérapeutiques qui ont été prises depuis longtemps.

Mais, bien qu'il y ait une distorsion importante de la réalité, il n'est pas envisageable de parler toujours de délire. Pourtant, cette étape est parfois franchie par certains patients lorsque la conviction devient irréversible, que les conséquences en sont aberrantes parce que le patient se fixe de façon déraisonnable sur cette maladie et ses conséquences supposées. On trouve ainsi de faux grabataires, des curistes soignant indéfiniment des atteintes pulmonaires ou cardiaques dont on est bien en peine de fournir un constat médical sérieux. Plus rarement, on voit évoquer même des accidents vasculaires cérébraux, des épilepsies hypothétiques, des atteintes cardiaques chroniques, des insuffisances respiratoires imaginaires, une cancérophobie, plus rarement des zoophobies, qui ne sont pas, malgré ce que leur nom indique, des phobies mais des délires.

L'épisode hypocondriaque, même sous une forme délirante, est de surgissement relativement récent, d'autant plus s'il est déclenché à l'occasion d'un épisode somatique identifié. Il est très possible que l'état témoigne d'une forme dépressive de l'hypocondrie : en ce cas, un traitement antidépresseur simple, bien souvent en milieu hospitalier (ne serait-ce que pour s'assurer de l'état organique satisfaisant), la poursuite du test thérapeutique sera bien entendu déterminant pour confirmer le diagnostic.

Mais parfois le délire semble prendre d'emblée un mode chronique et non dépressif, parfois même avec une note revendicatrice, on doit alors tenter l'action des neuroleptiques.

Dans un certain nombre de cas, un tel délire peut manquer de cohérence et comporter, en dehors même du thème, les mêmes contradictions et des préoccupations fluctuantes qui peuvent survenir au cours d'un état démentiel méconnu ou déjà évolué et connu.

Les syndromes délirants de préjudice, de persécution et/ou de jalousie

On peut voir apparaître assez brusquement, à l'occasion d'un épisode de la vie sociale ou familiale, parfois au décours d'un épisode somatique ou d'un stress plus ou moins banal, le développement d'un délire anxieux et délirant interprétatif. Le plus fréquent est par exemple à l'occasion d'un vol, d'une effraction, de la perte d'un objet, de la conviction que la personne est l'objet de menaces, de mauvaises intentions, de désir de leur survivre. On vient abîmer sa maison, voler ses affaires, on entre dans sa maison pour déplacer les meubles, déchirer ses vêtements, salir ses tapis, voler la nourriture. On

peut transitoirement apaiser la personne en retrouvant l'objet disparu, mais autre chose surviendra.

Le sujet âgé se réveille la nuit, s'inquiète, peut vérifier, barricader sa porte, ses fenêtres, boucher les issues. Mais l'inquiétude ne fait que croître. L'épisode se développe, tend à s'amplifier jusqu'à une chute, une fugue, un appel au commissariat.

Deux facteurs semblent peuvent contribuer au développement de cette symptomatologie confirmée :

– des troubles anxieux ;

– un déficit cognitif s'installant sournoisement, il sera donc nécessaire d'en faire le bilan à l'issue.

Un autre type de délire peut s'installer dans l'un ou l'autre sexe : il s'agit du délire de jalousie, ne tenant bien entendu pas compte de la réalité des relations affectives avec le conjoint. Ces idées peuvent s'associer à une haine et à une séparation psychoaffective complète, antérieure, donc s'affirmer paradoxale. Ainsi, un homme se persuade que toute absence de l'épouse est suspecte, est une occasion pour le tromper ou se livrer à la prostitution. Le délire paraît favorisé par l'alcoolisme. Il nécessite parfois une décision de séparation effective parce que le vieillard, même affaibli, peut rester violent et dangereux à l'égard de son entourage.

Le délire de persécution vis-à-vis de l'entourage s'observe lorsque de telles situations peuvent se développer à domicile avec des conflits de palier, familiaux : le tri entre les bons et les mauvais enfants ou petits-enfants et, dans une institution : le tri entre les bons et les mauvais soignants. Il existe souvent des éléments de la réalité qui paraissent réels mais qui ne sont pas faciles à délimiter par rapport au véritable délire. Parfois, des querelles se développent (comme pour les questions de décès, d'héritage, de plaintes de tiers) et il est difficile de se faire une opinion, dans la mesure où il peut très bien coexister de réels conflits d'intérêt.

Nous avons déjà envisagé le cas des idées de référence qui font attribuer une hallucination quelconque à un tiers persécuteur, à un objet maléfique, ou à un complot sournois organisé par des procédés paranormaux (télépathie, magnétisme, influence diabolique) ou par des méthodes modernes de transmission et de communication (télévision, radio-caméra, internet, ordinateurs, systèmes d'alarme).

Les déstructurations de la conscience et les troubles du comportement

Devant l'existence d'un syndrome délirant, il apparaît important de juger plusieurs éléments.

Du caractère aigu des perturbations

Deux ordres de preuves peuvent permettre d'avancer qu'il s'agit d'une perturbation aiguë.

1. La modification relativement brutale et récente, localisable dans le temps, du comportement et de l'état du sujet, ceci par les témoignages multiples du conjoint, de l'entourage et des soignants. Même des comptes-rendus assez différents peuvent permettre de juger d'une version psychologiquement vraisemblable du déroulement des faits.

2. Il est difficile pour l'instant d'affirmer qu'il s'agit ou non d'une bouffée délirante aiguë. En effet, un tel état peut très bien venir aggraver une évolution pathologique d'un autre ordre. Du moins, il reste que cet état aigu est susceptible de régression et d'un retour à l'état habituel du sujet.

L'état qui caractérise le patient de la façon la plus visible est l'agitation, c'est-à-dire qu'il quitte sa chambre ou sa maison de façon inadéquate, qu'il se comporte de manière désordonnée, pouvant prendre l'allure d'une fugue. Il ne faut pas considérer le comportement moteur seul, ou se contenter de vérifier qu'il existe à ce moment tachycardie et HTA ou que le patient risque de se faire mal ou de chuter. Il faut comprendre par son discours, ou obtenir par le dialogue, le motif de cette agitation. Parfois, le patient ressent la nécessité de se livrer à une activité incongrue, qui lui paraît indispensable; dans d'autres cas, il a peur et cherche à fuir, ou veut retrouver la police ou un membre de sa famille pour être protégé. On soupçonne – et il le confirme – qu'il a vu des choses, entendu des menaces, ou qu'il a eu l'intuition d'une catastrophe et d'un danger. Il invoque parfois sa santé pour justifier son appel aux urgences ou aux médecins. Mais souvent il considère que le quiproquo continue, on est sûrement au courant, va-t-on pouvoir faire quelque chose pour lui dans ces conditions? En somme, le délire explique le comportement aberrant par fugue ou fuite devant une menace ou un persécuteur. Pour autant, il ne faut pas considérer d'avance que tout trouble aberrant du comportement est d'origine délirante.

Du degré de déstructuration de la conscience et de confusion mentale

Cette dimension est importante, chez le sujet âgé particulièrement, parce que ce n'est pas seulement une variable dépendant de l'état délirant mais bien un témoignage d'une incapacité du sujet à s'adapter au monde extérieur. Il peut s'agir d'une perturbation provoquée par un stress exogène ou par une perturbation endogène métabolique ou autre, sans oublier, bien entendu, une perturbation psychogène facilitée par une atteinte cérébrale.

Dans un premier temps, il faut se garder de déductions étiopathogéniques hâtives – du type : il s'agit d'une démence –, et en rester à ce qui témoigne exactement de la déstructuration de la conscience, telle qu'elle apparaît depuis quelques heures ou jours, période pendant laquelle se produisent les

troubles qui ont amené à l'examen. Lorsque le patient est éveillé, il faut tenter d'apprécier :
– l'égarement, l'air absent;
– la capacité d'attention et le témoignage « d'un regard absent ». C'est-à-dire qu'on ne parvient pas à fixer l'attention sur notre présence, sur nos questions, sur la situation médicale;
– le témoignage de cet état de l'entourage ou des soignants en milieu hospitalier ou institutionnel.

Au contraire, ce n'est pas le moment d'évaluer les capacités cognitives en elles-mêmes, puisqu'elles sont perturbées par la survenue de cet état aigu. A ce moment, la perte de repères cognitifs doit être utilisée pour apprécier la déstructuration de l'état de conscience et non pour apprécier la qualité objective des fonctions de base.

La façon qu'a le patient d'appréhender le monde extérieur, transformé sous de multiples formes par le surgissement hallucinatoire, l'entraînement dans une fantasmagorie que le sujet a plus ou moins de mal à comprendre, ou, au contraire, à laquelle il adhère sans être capable de la critiquer, tout cela contribue à le placer dans une nouvelle structure de pensée, structure que nous tentons d'appréhender au mieux. Nous essayons pour cela d'obtenir à la fois des éléments descriptifs, même sommaires, du délire et de la façon qu'a le patient de le vivre.

Du degré d'anxiété et de perturbation de l'état thymique

Parfois l'état anxieux semble prédominant, aggravé par l'agitation ou limité par un repli stuporeux. Mais l'important est justement de comprendre l'existence d'un vécu délirant, persécutif, plus ou moins hallucinatoire, pour permettre d'adapter le traitement et de ne pas s'étonner de l'inefficacité d'un traitement anxiolytique simple. Il faudra distinguer d'un état purement anxieux les cas comportant une perturbation thymique :
– un syndrome maniaque avec des idées délirantes où l'on tente de retrouver des thèmes mégalomaniaques, la rapidité du flux logorrhéique, le coq-à-l'âne de la poussée non dissociée;
– un syndrome dépressif avec idées délirantes de menace ou de persécution, voire d'indignité, où l'on donne toute sa valeur à l'autoperception de mauvaises odeurs, de malpropreté corporelle ou phobies des fuites urinaires;
– un syndrome de persécution isolé, la phase d'agitation pouvant représenter une poussée au cours de l'évolution.

L'atteinte cognitive et le degré de conviction

Ayant éliminé une déstructuration aiguë de la conscience, il faut envisager chez le sujet âgé les cas fort nombreux d'atteinte cognitive touchant la mémoire, les capacités de jugement et de raisonnement, témoignant de l'évolution progressive d'une atteinte démentielle. Il s'agit des hallucinoses

mono- ou plurisensorielles, des hallucinations complexes telles que les syndromes de Capgras et de Fregoli, ainsi que les reviviscences d'êtres chers et pourtant décédés : « papa, maman, une sœur ou un frère ». Parfois, ces syndromes hallucinosiques s'associent à des convictions persécutives interprétant l'ensemble de ces manifestations comme des menaces à son égard, des présences étrangères furtives, des effractions de son domicile, des vols, etc. Dans ces cas, les convictions délirantes entraînent des appels au secours à la gendarmerie et à la police, le patient percevant ainsi son isolement et sa fragilité par rapport au monde extérieur, qui lui paraît plein de menaces.

Les délires paranoïaques sans atteinte cognitive

Ils réalisent des tableaux classiques du délire tardif du sujet âgé, délire qui débute souvent insidieusement vers l'âge de 40 ans, ou plus tardivement encore, et qui peut se révéler aux yeux de tous avec intervention de la police, conduite aux urgences psychiatriques, à partir de la cinquantaine ou plus tard encore. Il s'agit très souvent des thèmes de persécution et de préjudice avec, lorsque hallucination il y a, des hallucinations psychiques confinant à l'automatisme mental de G. de Clérambault. Cet automatisme touche au fonctionnement même de la pensée, avec des interprétations de type télépathique, rayon laser ou autres influences à distance.

NOSOLOGIE ET ÉTIOLOGIE DES PSYCHOSES DU 3e ÂGE : DÉLIRES TARDIFS - DÉLIRES CHRONIQUES - SCHIZOPHRÉNIES TARDIVES OU DÉLIRES SYMPTOMATIQUES DES DÉMENCES

On sait que l'isolement soigneux de multiples syndromes délirants chroniques a été la caractéristique de l'école psychiatrique française depuis le XIXe siècle. Au contraire, les psychiatres allemands, puis anglo-saxons, devaient aboutir à une extension considérable du concept de schizophrénie. En fait, si l'on consulte le DSM IV, l'âge moyen signalé pour « les » schizophrénies est de 30 ans, l'âge limite supérieur de 45 ans n'est plus mentionné et il est dit qu'il peut y avoir des formes tardives après 65 ans. Cette formulation prudente ne nous convient pas. Certes, les limites d'âges peuvent toujours paraître arbitraires, mais il nous semble, d'un point de vue clinique, qu'un état délirant survenant pour la première fois chez un sujet après 45 ans ne peut pas être assimilé à une schizophrénie. Tout l'en distingue, le processus délirant, les thèmes, le mode évolutif. Cela sera de plus en plus évident avec le vieillissement, qu'il s'agisse d'épisodes brefs (de quelques jours à quelques mois) ou d'une lente évolution dont la résistance au traitement les rapproche des formes classiques des délires chroniques.
Dans les tentatives de description, plusieurs fils conducteurs ont été employés :

Le thème. **–** C'est en fait le moyen le plus simple, à condition de savoir faire parler et écouter la personne âgée. Il n'est pas toujours aussi objectif de définir le thème principal; ce choix, parfois arbitraire, peut laisser passer les conceptions propres de l'examinateur.

Contrairement à ce qui est parfois déduit de certaines attitudes psychothérapiques, la neutralité bienveillante ne suffit pas. Créer les conditions de ces confidences dans un temps non défini est un art qui nécessite connaissances et habileté.

On est frappé par la fréquence avec laquelle le vieillard n'est pas écouté par son entourage; les soignants eux-mêmes le censurent lorsqu'il dit « des bêtises ». L'entourage s'intéresse parfois à la signification (profonde peut-être) et au pourquoi des troubles; pour le patient lui-même, c'est souvent l'état somatique qui est l'alibi majeur.

Thèmes de persécution. **–** Ils semblent surtout naître à partir de conflits courants de voisinage. Ils peuvent impliquer la famille, mais bien souvent, chez les personnes âgées, une personne précise est spécifiquement choisie comme mauvais objet; parfois cependant, l'entourage est progressivement contaminé. On citera les éléments de jalousie. Les thèmes peuvent, bien entendu, se mélanger les uns aux autres. Mais ils peuvent se compliquer d'éléments hallucinatoires : par exemple, modifications de l'entourage, disparition d'objets, interventions divines, souffrances corporelles considérées comme la conséquence de sévices, mauvaises odeurs paraissant toxiques et malfaisantes.

Le mécanisme du délire. **–** Il s'agit plutôt de la description du processus par lequel le délire est censé se construire et émerger à la conscience du patient. Beaucoup de ces considérations paraissent actuellement désuètes par rapport à la notion de signification du délire dans l'évolution psychique de la personne âgée. A l'inverse, il paraît actuellement très important de prêter attention à diverses manifestations délirantes qui semblent directement liées à un déficit cognitif d'origine cérébral et au mode évolutif qu'il prend dans un cas bien déterminé. Ainsi, certains éléments délirants dépendent de l'étape franchie par le déficit cognitif au sein de la maladie démentielle. Nous pourrions citer certains états mélancoliques précédant la maladie de Parkinson, cliniquement évidente, ou les hallucinoses précoces de la démence à corps de Lewy, ou enfin les délires de persécution ou de jalousie des processus démentiels à prédominance fronto-temporale.

Délires hypocondriaques

Les préoccupations corporelles du sujet âgé tendent à devenir envahissantes tant à l'occasion des troubles mineurs et multiples du fonctionnement physiologique sénescent que des maladies constituées qui atteignent inéluctablement les personnes vieillissantes.

On retrouve fréquemment ces vieillards anxieux, inquiets de leur état de santé, multipliant les occasions d'examens médicaux, confrontant les conseils, les régimes et les cures, certains colorant cet aspect d'un fond paranoïaque. Mais il est nécessaire d'envisager les cas plus rares où se produit une inflation à un niveau délirant et où se construit un délire à thèmes hypocondriaques.

Le développement du délire entraîne une aggravation interprétative de tous ces symptômes. Si, au début, la recherche par des examens complémentaires, la prescription de traitements multiples, de mesures diététiques de plus en plus curieuses et contradictoires peut abuser le médecin, l'imperméabilité des troubles à toutes les mesures prises et, au contraire, la tendance permanente à l'inflation de la symptomatologie, doivent le mettre en alerte. On remarquera la stabilité et la répétitivité du vocabulaire désignant le corps comme un objet constitué d'éléments étrangers. Dans tous les cas, il est tout à fait délicat de confier le patient au psychiatre d'autant qu'il reste très longtemps un doute difficile à trancher sur la réalité d'une maladie organique.

Les formes sémiologiques

Les formes hypocondriaques de la mélancolie. – Le tableau mélancolique comprend des thèmes de transformation corporelle, à valeur dévalorisante. Les patients signalent que leur corps est atteint d'une maladie qui le souille et le détériore : le sang se putréfie, la peau s'enlève par lambeaux, les os sont vermoulus, les intestins pourris, le corps insensible et froid.

On peut en rapprocher les formes où le patient croit que son organisme est envahi par les vers, les insectes, ou divers autres animaux *(zoopathie).*

Le délire hypocondriaque paranoïaque. – Le sujet qui souffre depuis des années de troubles digestifs, de cénesthopathies abdominales, de constipation, qui parfois a déjà été opéré avec peu ou pas d'amélioration, se plaint de l'inefficacité des interventions, des traitements, sans stopper sa quête d'un médecin et d'un traitement efficace. Il se plaint d'être incompris, mal soigné, sans attention suffisante des soignants et de l'entourage; il peut devenir agressif, quittant les multiples établissements qu'il fréquente, prenant des positions paradoxales, menaçant de procès, de vengeance.

Il est intéressant de signaler chez les personnes âgées l'attitude de l'entourage, en particulier du conjoint. Dans un premier temps, il est fréquent que le conjoint participe complètement aux exigences du malade, à la recherche d'examens complémentaires positifs, de traitements salvateurs, mais aussi aux protestations face à la persistance des troubles dont est rendu responsable le médecin. Dans un deuxième temps, mais aussi parfois de façon paradoxalement intriquée, surgissent des doutes, une agressivité, une ébauche de rejet. Le malade se plaint toujours, n'est jamais satisfait, il est trop exigeant, il a mauvais caractère. Bientôt des questions germent : n'est-ce pas un malade imaginaire ? Une hystérique ? N'utilise-t-il pas le chantage

pour abuser de la bonne volonté du conjoint ? Ne faut-il pas le secouer, lui parler fermement, l'empêcher de s'écouter ?

Dans tous les cas, l'entourage prend parti entre les diverses méthodes thérapeutiques, les divers médecins, et refuse le plus souvent d'aborder le problème par son côté psychiatrique. C'est souvent à l'issue d'une intervention chirurgicale, d'un conflit aigu dans un service hospitalier, d'un recours décevant à une médecine parallèle, qu'il est amené à demander conseil à un psychiatre.

La psychose hallucinatoire chronique

Gilbert Ballet en 1911 a rassemblé dans un tableau commun un délire survenant à l'âge adulte d'évolution prolongée et dont la réalité peut effectivement être retrouvée chez la personne âgée. Cette description fait suite à celle du « *délire chronique à évolution systématique de Magnan proposé dès 1895 sur des critères sémiologiques voisins et dont l'évolution lui apparaît comme caractéristique* ».

Certes, le début des troubles est difficile à localiser mais, pour se trouver en dehors du diagnostic de schizophrénie, il est nécessaire de n'en parler qu'au-delà de 35 ans, en fait très souvent entre 40 et 50 ans et même plus tard, ne débutant que dans le troisième âge. Même si la première hospitalisation s'est produite entre 45 et 55 ans, l'évolution ultérieure du syndrome délirant se fera au cours du 3e âge.

Modes de révélation. – La caractéristique de ce syndrome étant son développement sur des années sans dégradation évidente de la personnalité ni du comportement social Ainsi le patient a pu exercer une profession et atteindre normalement l'âge de la retraite. C'est pourquoi la révélation du délire ne se fait qu'indirectement :

– la personne âgée se plaint à la police de menaces ou de violences, ou de vols dont elle serait victime (malgré la pose de nombreux verrous);

– il peut se produire des altercations avec des voisins, des passants ou des enfants jugés responsables;

– fréquemment, la personne âgée se barricade dans son logement, refuse le contact avec le monde extérieur et se met en danger, croyant se protéger.

Les éléments du délire. – Il est fréquent que la personne entende des bruits étranges, inquiétants, agressifs, des voix malveillantes; dans quelques cas, il s'agit d'obscénités, de commentaires ou d'échos de sa propre pensée (c'est ce que Clérambault plus tard nommera « automatisme mental »).

Les hallucinations visuelles sont peu élaborées, passages d'ombres ou de silhouettes, de lumières ou de signaux.

Les odeurs sont souvent pénibles, nauséabondes, indiquant des gaz toxiques qui rendent malade; elles sont confirmées par des impressions gustatives désagréables indiquant les nourritures néfastes, provoquant un rejet de la

nourriture, parfois même une dysphagie, des vomissements; des impressions tactiles, décharges électriques, fourmillements, attouchements sexuels; des modifications cénesthésiques des organes internes.

***L'organisation du délire.* –** Elle peut se faire autour d'une thématique particulière :

– persécution : l'ensemble des phénomènes est provoqué ou s'explique par les persécutions que subit le vieillard de la part de l'entourage, des voisins, des autorités administratives;

– jalousie : elle survient inopinément chez des vieux couples et bien sûr en se jouant de la réalité, de la vraisemblance et en particulier de l'âge des protagonistes;

– paraphrénie et/ou mégalomanie : le délire s'étend au monde, au cosmos, pouvant s'accompagner de la sensation paradoxale de toute-puissance;

– hypocondrie : on retrouve mélangées les sensations de modifications corporelles et de maladies, exigeant des soins, des examens complémentaires.

***L'évolution de la psychose.* –** Elle est de longue durée, mais la possibilité de l'emploi des psychotropes rend la description bien moins rigide que dans les schémas des auteurs classiques. Plusieurs points peuvent être confirmés :

– la longue phase initiale de latence qui est celle du développement progressif du délire, pendant lequel se confirme la relative bonne tolérance sociale;

– l'entrée souvent brutale dans le domaine des soins, souvent par suite d'un épisode dépressif ou d'excitation, d'un épisode de confusion mentale, d'un acte médico-légal, ou même d'un accident apparemment somatique (crise d'HTA, amaigrissement, refus de nourriture);

– la longue durée de la psychose. Il existe fréquemment un manque d'acceptation de toute intervention thérapeutique et un refus persistant de l'absorption de médicament. Il est également possible d'observer une faible réactivité aux neuroleptiques d'autant que les doses employées sont souvent faibles;

– enfin après une phase de quiescence où le délire semble refoulé, on voit réapparaître les thèmes essentiels lorsque le sujet est replacé dans son milieu habituel et/ou qu'il cesse le traitement.

L'évolution sans dissociation de la pensée ni détérioration cognitive appréciable est la caractéristique classique du délire chronique. Mais on sait, par ailleurs, que l'apparition d'un tel délire peut être annonciatrice d'une démence sénile. Le délire pourra alors s'appauvrir et perdre la logique de sa thématique.

Les paraphrénies

Ce groupe a été isolé par Kalhbaum en 1863 pour délimiter une classe particulière de psychose qui lui semblait survenir à des moments spécifiques de l'existence. Il décrira ainsi les paraphrénies hébéphréniques, sénile et autre. Alors qu'ultérieurement Kraepelin (1899) rassemblera tout ce qui

n'est pas « démence précoce » et qui constitue des « délires systématisés chroniques endogènes accidentels avec dissociation limitée ».

Henri Claude reprend le terme « paraphrénie » pour en faire une utilisation bien plus limitée, puisqu'il s'agit de délires apparaissant autour de la cinquantaine et dont les thèmes riches, fantastiques, peuvent être systématisés mais paralogiques; bien que l'on constate l'intégrité de l'état intellectuel, l'absence d'élément dépressif et la persistance d'une activité quotidienne bien adaptée. Ces personnes passent plutôt pour de « vieux originaux » « de vieux fous » que pour des malades mentaux au sens médical du terme.

On pourrait rapprocher ces thèmes des délires d'imagination de Dupré qui sont également non hallucinatoires et parfois expansifs, à tendance mégalomaniaque. Les patients sont plutôt optimistes, peu affectés par les difficultés de leur vie; ils ne réclament pas d'eux-mêmes de soins médicaux, encore moins psychiatriques. Ils peuvent parfois constituer dans leur logement « un syndrome de Diogène ».

Les paranoïas

Le terme a été créé dès 1772 par Vögel comme synonyme de folie mais E. Kraepelin, dans son traité de psychiatrie paru en 1899, veut tenir compte de l'opinion des aliénistes français comme V. Magnan et C. Lasegue. Il précise l'usage du mot « paranoïa » qui vise à séparer la « démence paranoïde » des « délires systématisés interprétatifs » ainsi que des « délires confabulatoires ». Les écoles psychiatriques germaniques et françaises utilisent depuis cette époque le mot de paranoïa pour décrire un délire systématisé qui est seulement interprétatif, sans élément hallucinatoire psychosensoriel. L'évolution se déroule au long cours, mais on ne note pas d'affaiblissement progressif démentiel. C'est-à-dire qu'on retrouve dans ce cadre des formes très voisines du délire de persécution de Lasègue ou de Falret, bien qu'alors ne soient pas exclues les hallucinations à un moment ou à un autre de l'évolution.

Falret distingue effectivement le groupe des malades persécutés qui, à partir d'une interprétation erronée de la réalité, aboutissent à l'identification d'un ou de plusieurs persécuteurs, sans qu'aucune hallucination psychosensorielle ne soit invoquée. Il faut insister sur la fréquence d'un tel tableau chez les personnes âgées accusant leur entourage de vols, de disparition d'objets et de divers préjudices (que certains ont appelé « les hallucinations négatives »). Ces certitudes les mènent à se barricader, à se cloîtrer dans leur logis et à refuser l'aide de la plupart des bonnes volontés. Il est possible de retrouver dans les antécédents des traits caractériels de type paranoïaque, avec toutes les réserves qu'impose un diagnostic rétrospectif fait dans ces conditions rapides et particulièrement subjectives. Parfois, il faut bien admettre que le délire survient sans trait caractériel prémonitoire. Lorsque le délire

s'amplifie, il peut aboutir à des actes agressifs vis-à-vis du voisinage et c'est une des causes de placement d'office de la personne âgée isolée.

Le thème principal des délires paranoïaques est celui des conflits de voisinage, pour des petits problèmes de cohabitation, des sentiments de préjudice, de vol, avec des impressions de pauvreté ou de ruine.

L'autre élément essentiel est celui des conflits affectifs et familiaux, en premier celui des délires de jalousie, faisant fi de toute vraisemblance, introduisant des violences et des disputes graves dans les vieux couples, mais aussi partant de conflits passionnels familiaux pour prendre en grippe tel enfant ou petit-enfant qui se voit affublé de tous les défauts et de toutes les responsabilités.

Souvent la personne âgée utilise des thèmes vraisemblables; elle serait haïe, abandonnée, dépouillée de ses biens, rendue malade par la malignité des siens; elle ne se conçoit qu'objet de convoitise par le fait d'un héritage espéré, elle serait le centre d'un vaste complot ourdi par ses « mauvais enfants ». A l'inverse, un familier ou un parent est souvent choisi comme bon objet; ultime recours, il peut faire l'objet d'attentions multiples, de dons généreux voire extravagants alors que les autres membres de la famille, qui aident le plus et s'occupent de leurs vieux avec assiduité, se voient fort mal récompensés par ce qu'ils appellent d'abord les troubles caractériels de leur parent. Pour le psychiatre, il faut savoir comprendre cela comme des signes de début d'un déficit cognitif et de troubles relationnels qui pourraient s'améliorer sous anti-cholinestérasique. On peut concevoir également des choix très arbitraires et même franchement pathologiques pour désigner une personne dite « de confiance ».

Évolution et signification des délires

Parler de délire chronique, c'est par définition évoquer des troubles d'une durée minimum de plusieurs mois, mais il n'est pas possible d'envisager une évolution parfaitement régulière et cyclique comme l'avait envisagé Magnan. Le début est progressif, surtout si l'on prend la peine de s'enquérir soigneusement par exemple auprès de l'entourage des premiers symptômes curieux ou bizarres, lorsque chacun s'est efforcé de s'en accommoder ou de les nier. A des phases de sédation peuvent succéder de véritables poussées délirantes, comme dans des affections bipolaires à forme délirante. Il s'agit d'épisodes mélancoliques avec symptômes d'auto-accusation systématiquement dévalorisante. Ces formes peuvent expliquer des plaintes hypocondriaques allant jusqu'aux idées de négation des organes ou de leur fonctionnement, comme dans des expressions pourtant courantes telles que « Je ne mange plus », « Je ne digère pas », « Je ne vais pas à la selle », etc. L'évolution est modifiée essentiellement par l'utilisation de la chimiothérapie, avec d'évidents résultats, mais nous plaçant en face de la réalité de la résistance au traitement médicamenteux et puis celle de récidive (par l'arrêt du médicament ou spontanée).

***La signification des thèmes.* –** Il n'est pas inutile de tenter de comprendre la valeur thématique face à la personnalité du vieillard et face aux incidents physiques et affectifs qui ont jalonné son passé. Les enfants ou petits-enfants insistent sur le fait fréquemment retrouvé que le délire ne ferait que renforcer de très anciennes tendances de la personnalité, ou encore qu'il s'agit de préoccupations très courantes chez l'âgé. Pourtant, il faudra retenir tous les éléments en faveur d'une aggravation avec passage de la limite entre les troubles caractériels et les éléments délirants.

L'étiologie du délire. En revanche, deux notions sont importantes et ne doivent pas être confondues, d'un côté, la signification du délire dans la vie psychologique, de l'autre, les facteurs déclenchants dont le rôle étiologique est difficile à démêler.

On peut distinguer les événements affectifs significatifs : rupture, décès ou maladie, et les événements apparemment mineurs : querelles de voisinage, factures imprévues, ennuis ménagers, perte d'un objet et/ou d'un animal familier. Toutes ces possibilités doivent être examinées avec prudence, sans certitude à priori. Certains traumatismes peuvent apparaître comme ayant une valeur spécifique, par exemple une intervention chirurgicale sur un organe sensoriel, un déficit sensoriel, ou un accident vasculaire cérébral bref (valeur du fond d'œil et de l'EEG). Dans la pratique, la cause la plus habituelle est la défaillance cérébrale intellectuelle avec perturbations affectives (démence de type Alzheimer).

***L'attitude thérapeutique.* –** Il est particulièrement nécessaire en cas de délire de persécution en provenance de l'entourage, du conjoint, de la famille et/ou des voisins de prévoir un séjour hospitalier, si possible en milieu gérontopsychiatrique. En effet, il apparaît illusoire d'attendre une résolution spontanée de ses conflits délirants et d'attendre de se voir contraint d'obéir ultérieurement à la nécessité d'une hospitalisation d'urgence par suite d'une décompensation aiguë ou du risque évident d'accident.

Une décision d'hospitalisation simple ou de placement « à la demande d'un tiers » (HDT) avec l'accord de la famille n'est pas une preuve de dureté ou d'inhumanité. Un changement de lieu et d'entourage peut s'avérer très utile si les conditions d'hospitalisation et de soins sont satisfaisantes (nous pensons à la multiplication récente des unités psychogériatriques dans les hôpitaux psychiatriques et dans les hôpitaux généraux).

La survenue d'une décompensation d'un délire systématisé de longue durée à partir du 3e âge n'est pas courant au sein des urgences gériatriques en hôpital général, mais il existe avec une fréquence de l'ordre de 1 à 2 % de ces urgences. Le diagnostic repose sur les antécédents de séjour en hôpital psychiatrique, malgré la réticence du patient, et parfois de ses proches, à en parler. On pourra cependant s'apercevoir qu'un traitement neuroleptique a déjà été prescrit et depuis longtemps abandonné. Peut en témoigner l'existence d'une minime dyskinésie bucco-faciale.

Il peut également s'agir d'une schizophrénie ayant débuté dans l'adolescence, schizophrénie dont l'évolution se serait stabilisée. La décompensation n'est pas alors seulement sémiologique mais également sociale. Le sujet ne se rend plus au CAT, au dispensaire d'hygiène mentale. Sans explication, il reste chez lui et a interrompu son traitement. Le travail de conquête de l'autonomie, très difficile à mettre en place, a pu se déliter très progressivement.

Enfin, chez le sujet âgé, une poussée délirante, un délire de jalousie peuvent donner le change à un délire systématisé. Ils révèlent en fait une décompensation passée jusqu'alors inaperçue sur le plan cognitif. Le syndrome hallucinosique, souvent de très brève durée, est quant à lui caractéristique non d'une psychose chronique mais, à un stade précoce, d'une démence à corps de Lewy (diagnostic trop souvent envisagé actuellement sur ce seul signe), ou d'une démence de type Alzheimer, ou de la maladie de Parkinson parfois favorisée par un traitement dopaminergique.

La mise en place d'un traitement psychotrope à dose suffisante peut être décidée lorsque ces mesures générales sont déclenchées. La prescription honteuse et à l'insu du patient de quelques gouttes de calmants (anxiolytiques ou même neuroleptiques) dans la boisson ou la nourriture n'est pas recommandée. C'est en effet un procédé peu efficace risquant d'aggraver les soupçons du patient vis-à-vis de l'entourage et ne permettant pas d'affirmer la dose du médicament absorbé, et d'évaluer son inefficacité. Il faut savoir aussi qu'un traitement antidépresseur peut être efficace, de même que le choix d'un antipsychotique qu'il faut plutôt réserver à un gérontopsychiatre, un neurologue ou un gériatre ayant la pratique de ces prescriptions. En effet, il faut surveiller de près les prescriptions, leurs bonnes indications et leurs contre-indications (réactions d'intolérances spécifiques, problèmes cardiaques ou effets secondaires). Il faut aussi toute l'action d'une équipe pour s'assurer de l'efficacité du traitement et de sa posologie minimale utile. Nous envisagerons les différents médicaments psychotropes dans le chapitre des thérapeutiques biologiques.

Une fois calmé, le patient ne sera pas négligé ni les faits oubliés. Il faut se garder des décisions sociales rapides, donnant l'impression de colmater la situation instable telle qu'elle s'est révélée. Le patient sera longuement et scrupuleusement étudié sous traitement. L'hospitalisation permettra de réenvisager les difficultés de sa situation sociale et familiale.

LES SYNDROMES CONFUSIONNELS

Ils représentent un tableau fréquent chez le sujet âgé et dont le diagnostic revêt une grande importance du fait des conclusions thérapeutiques qu'il faut en tirer. On a pu dire qu'il s'agissait d'un diagnostic de médecine générale.

Le tableau clinique se caractérise par une obnubilation de la conscience vigile, entravant de façon diffuse l'activité psychique, marquant une aggravation nette de l'état antérieur du sujet et susceptible de varier en intensité.

Circonstances de l'examen

Le sujet est bien souvent dans l'incapacité de demander l'aide adéquate. Pourtant, il n'est pas complètement inconscient de son trouble car, s'il ne comprend pas bien ce qui lui arrive et ce qui se passe autour de lui, il se plaint lui-même de ne plus avoir tous ses esprits. Dans d'autres cas, le sujet semble se retrancher du monde et ne se plaint de rien. C'est l'entourage qui signale des actes incohérents, absurdes, des propos décousus et perçoit même que le sujet semble halluciné.

Il peut s'agir d'une urgence médicale : chute, perte de connaissance, malaise, alors que le tableau confusionnel lui-même est négligé, même s'il a été perçu, ce qui peut être mis sur le compte d'une occultation de symptômes au profit d'un trouble somatique apparent.

Bien souvent, le patient est déjà dans un milieu médical, sa pathologie est connue, il est souvent traité et surveillé par le personnel infirmier et médical. C'est dire que la qualité de la surveillance est en cause pour dépister un syndrome confusionnel à son début, car il est parfois difficile de garder un regard aiguisé vis-à-vis d'un vieillard côtoyé tous les jours et pour lequel une explication simple à son état est toujours trouvable. Il faudra être attentif à toute étiologie dont on sait *a priori* qu'elle peut être iatrogène.

Tentative de contact et observation du patient confus âgé

Il est important d'avoir un contact assez prolongé avec le patient dans un lieu calme, où l'on peut le solliciter sans élever la voix de façon violente, mais aussi de tenir compte des témoignages de l'entourage familial ou soignant :

– le patient paraît hébété, lointain ;

– il réagit difficilement aux sollicitations ;

– sa parole bredouillée, mal audible, est difficile à comprendre ;

– il ne parvient pas à préciser ce qu'il veut éventuellement exprimer ;

– ses gestes sont maladroits, inadaptés, ralentis, sans paralysie évidente ; par moment, ils peuvent devenir brusques et menaçants et on dit, un peu rapidement, que le patient est agité et dangereux ;

– bien entendu, l'intensité du trouble peut être plus ou moins importante et il ne faut pas s'étonner d'entendre des témoignages divergents de la part de l'entourage ; à tel moment, le patient s'agite de façon désordonnée, à d'autres, il s'enfonce dans l'inconscience puis se comporte de façon quasi normale peu de temps après.

Examen clinique

Il doit s'efforcer, le plus rapidement possible, de faire le tour des fonctions intellectuelles, même s'il apparaît un peu artificiel de les distinguer aussi clairement les unes des autres. On peut procéder par courtes périodes répétitives et toujours comparer à l'état juste antérieur par des témoignages précis et convergents.

L'attention sera appréciée vis-à-vis :
– de l'interlocuteur, déjà elle est déficiente, le patient répondant mal à ses questions si elle est déficiente ;
– de l'entourage, où il confond les uns et les autres, les présents et les absents ;
– des événements récents qui ne sont pas compris et ne suscitent pas de réaction adaptée.

La désorientation temporo-spatiale. – Elle s'apprécie tant dans le comportement que dans la réponse à des questions. Il peut s'agir de témoignages au sujet d'erreurs manifestes : le patient s'est trompé de chambre, redemande à manger après le repas, urine contre le mur, se trompe de lit pour s'allonger. Il admet qu'il ne sait pas où il se trouve, il ne peut retrouver un itinéraire pourtant familier.
Lorsque le comportement n'est pas aussi perturbé, l'interrogatoire doit aller à la recherche des erreurs d'orientation, de lieu, de date et d'heure. Ce ne sont pas tant les erreurs grossières qui sont caractéristiques qu'une incertitude, une incompréhension et une conscience douloureuse de cette incapacité.

La mémoire. – Elle est défaillante de façon lacunaire et irrégulière, n'excluant pas des réviviscences précises assez étonnantes. Ce sont plutôt les faits récents qui sont confondus ou négligés.

La parole. – Elle est incertaine, hésitante, parfois bredouillante, mais elle ne comporte pas d'erreur systématique d'ordre aphasique.

Le calcul mental. – Il est perturbé tant par le manque d'attention que par les défaillances de la mémoire et la perte des capacités de calcul.

Les facultés de raisonnement. – Elles sont atteintes, de même que la critique d'une situation, d'une contradiction. Il existe souvent une perte des comportements habituels de pudeur.

La vigilance. – Il est très habituel de retrouver des troubles du sommeil avec inversion du cycle nycthéméral ; le sommeil nocturne est hâché, limité, avec une agitation qui s'accroît à l'obscurité, et le jour une somnolence avec clinophilie.

L'activité psychomotrice. – L'agitation nocturne en fait partie, mais elle se poursuit le jour, éventuellement entre les périodes de somnolence ; il s'agit d'une hyperactivité répétitive, sans but évident et en partie incohérente. Il peut s'agir de mouvements manuels de grattage, de pliage, de lissage ou d'émiettement. Lors de ces activités, il est possible de repérer un tremblement des extrémités, une hypertonie oppositioniste et parfois un astérixis ou des myoclonies diffuses.

Lors de la marche, le patient va et vient, cherche, explore, se trompe et poursuit son activité inutile ; on pourra repérer à cette occasion une instabilité, une tendance à la chute latérale ou rétropulsive.

Les éléments délirants. – Ils sont habituellement difficiles à percevoir. Il faut aller à la recherche de ces éléments subjectifs que le patient ne décrit pas volontiers et qu'il ne peut expliquer :

Les thèmes : on peut retrouver des éléments pouvant faire penser à des sentiments de persécution ou glissant vers des interprétations abusives parfois mégalomaniaques. Les thèmes sont souvent labiles, contradictoires, inexpliqués.

Les hallucinoses peuvent être auditives ou surtout visuelles, survenant surtout le soir vers la tombée du jour ou dans la semi-obscurité. Elles peuvent être fugaces, bien que de façon plus caractéristique vivaces, colorées et présentes, mais le patient peut à leur sujet avoir une attitude dubitative. Les hallucinoses sont favorisées chez les gens âgés par l'existence d'un déficit sensoriel auditif ou visuel.

Les hallucinations plus complexes ne sont guère explicitées. Elles évoquent alors le tableau d'un délirium auquel le patient ne comprend rien.

La thymie. – Elle est surtout à tendance dépressive et anxieuse, alimentée par l'incompréhension de la situation, la perplexité. Mais il peut s'agir en cas de troubles importants de la vigilance d'une indifférence, d'une sorte d'absence. Plus rarement, on peut noter une touche d'expansivité, des rires, des mots grivois, des jurons.

Examen somatique

Il est très important de procéder à un examen clinique complet et soigneux. Il faut insister sur ce point, surtout pour les cas où le tableau prend une allure psychiatrique délirante prédominante.

L'examen neurologique. – Il doit rechercher un signe de localisation permettant d'évoquer une lésion cérébrale et il est important de savoir si les éléments confusionnels sont survenus en même temps que ces symptômes, ce qui permet de donner de ce fait une indication étiologique.

Les perturbations du système nerveux peuvent correspondre à une perturbation concomitante de la bouffée confusionnelle ou dépendre d'une maladie récemment associée. Il est important de savoir demander à bon escient une tomodensitométrie cérébrale, c'est-à-dire sans excès ni esprit de système.

L'examen somatique. – Il va à la recherche d'une maladie locale orientée par les plaintes du patient, mais il faut, en particulier chez le sujet âgé, savoir dépister une affection déclenchante dont le sujet peut ne pas se plaindre.

L'examen biologique. – Il doit comporter systématiquement : glycémie, électrolytémie, bilan phosphocalcique, recherches de toxiques dans l'urine ou taux sanguin des médicaments si possible.

L'examen électroencéphalographique. – Il recherche des perturbations de l'électrogenèse, par exemple sous la forme d'ondes lentes diffuses ou d'un foyer de souffrance localisée, bon témoignage de l'origine somatique cérébrale des perturbations.

Diagnostic différentiel

Il peut être retrouvé des symptômes dont on recherchera les ***rapprochements séméiologiques*** avec :

L'aphasie : le langage lors d'un épisode est plutôt bredouillé, imprécis, difficilement compréhensible dans ses intentions, mais il se distingue des erreurs et des déformations systématiques de l'aphasie, ainsi que du jargon de l'aphasie de Wernicke.

L'hypersomnie : il faut distinguer le vieillard qui présente une hypersomnie diurne, mais qui peut être réveillé sans difficulté particulière et ne présente pas alors d'élément confusionnel. Bien sûr, une baisse de la vigilance d'origine confusionnelle peut être également annonciatrice de constitution du syndrome.

L'ictus amnésique dont le diagnostic est fait le plus souvent rétrospectivement, n'est pas un syndrome confusionnel, c'est un trouble fonctionnel limité à début et fin brusques.

Un syndrome de Korsakoff représente un trouble amnésique pur et non pas un syndrome confusionnel au sens exact du mot.

La démence : elle se distingue clairement sur le plan théorique dans la mesure où l'atteinte intellectuelle est progressive et irréversible. Mais le problème est complexe puisqu'un syndrome confusionnel peut être inaugural ou surtout venir émailler l'évolution d'une démence. La détérioration intellectuelle est une circonstance favorisante à la survenue d'un tel épisode et elle peut s'associer à chacune des causes déclenchantes que nous pourrons envisager ensuite. Il s'agit d'une situation très courante de dépistage d'une démence à l'occasion d'un épisode d'allure médicale.

Diagnostic étiologique

Le sujet se révèle extrêmement sensible à toute maladie qui, à titre de traumatisme, vient perturber l'équilibre métabolique et l'oxygénation cérébrale et favoriser ainsi la survenue d'un accident confusionnel. C'est dire que l'origine de l'état confusionnel est en fait plurifactorielle. Le retentissement cérébral est le témoignage d'une détérioration latente ou d'une détérioration évidente mais compatible jusqu'alors avec la vie courante du sujet.

La recherche d'une maladie générale, même lorsqu'elle n'est pas apparente est donc la première nécessité.
Une encéphalopathie respiratoire entraînant hypoxie et hypercapnie. Elle survient sur toute insuffisance respiratoire chronique sur laquelle peut se greffer une infection pulmonaire surajoutée, éventuellement peu bruyante par elle-même, et où les éléments confusionnels peuvent dominer le tableau clinique.
Une cardiopathie à bas débit, qu'il s'agisse d'une insuffisance cardiaque, d'un trouble du rythme passant encore inaperçu, d'un état de choc débutant, par exemple à l'occasion d'un infarctus du myocarde.
Les causes métaboliques :
– par hypercalcémie, telle qu'on peut la retrouver lors des métastases osseuses dans les cancers de la prostate ;
– lors de l'hyperhydratation cellulaire avec hyponatrémie comme dans le syndrome de Schwartz-Bartter ;
– en cas de déshydratation cellulaire, toute cause empêchant le sujet de boire suffisamment ;
– les troubles de régulation de la glycémie (hypo- et hyperglycémie), y compris lorsqu'ils sont dus à des erreurs dans la prise médicamenteuse.
Une maladie infectieuse : méningite, infection urinaire, septicémie.

La surveillance d'une thérapeutique. – Par exemple, chez un patient atteint d'une affection reconnue et traitée, on voit apparaître de façon plus ou moins inattendue un syndrome confusionnel. Bien sûr, il faut, d'une part, reconnaître ce syndrome le plus tôt possible, d'autre part, évaluer les facteurs qui ont pu déclencher cette complication :
– suspension récente et brusque d'un traitement anxiolytique ou gardénalique ;
– instauration récente du traitement ;
– changement de dose volontaire sur prescription ou par erreur (fréquente chez le sujet âgé) ;
– association médicamenteuse synergique ;
– existence d'une cause d'affaiblissement cérébral passée inaperçue ;
– survenue d'une complication métabolique associée à la prise médicamenteuse (tableau 5-1).

Syndrome confusionnel survenant sur une maladie cérébrale plus ou moins connue. – *Détérioration intellectuelle :* c'est de beaucoup la cause favorisante la plus importante chez le sujet âgé. La détérioration peut être bien discrète, retrouvée seulement sous la forme de troubles de la mémoire, de difficultés de concentration, d'erreurs dans la vie courante. Il faut insister sur la fréquence de ces bouffées confusionnelles qui peuvent survenir à propos de n'importe quelle cause déclenchante et dont l'évolution réversible confirme seule l'origine véritable. Parmi les causes de détérioration intellectuelle, l'hydrocéphalie basse pression est bien connue pour les bouffées confusionnelles répétitives qu'elle comporte.

La maladie de Parkinson : on avait beaucoup insisté sur la possibilité de bouffées confusionnelles sous l'influence du traitement antiparkinsonien anticholinergique ou encore plus par dopathérapie. Mais il est maintenant fait état de la proportion importante de parkinsoniens présentant une baisse de l'efficience intellectuelle ; ces patients sont susceptibles de présenter des accès confusionnels dont la cause déclenchante est soit d'origine externe, soit liée au traitement antiparkinsonien, à des doses sans doute utiles, mais déjà relativement élevées pour eux.

Tableau 5-1. *– Médicaments pouvant être à l'origine d'un syndrome confusionnel.*

Médicaments cardiovasculaires : – Alpha-méthyldopa – Diurétiques – Hypotenseurs réserpiniques – Digitaliques – Bêta-bloquants	*Médicaments gastroentérologiques :* – Cimétidine – Anticholinergiques – Antispasmodiques
Psychotropes : – Antidépresseurs – Neuroleptiques – Anxiolytiques – Phénobarbital (Gardénal) – Diphénylhydantoïne	*Anti-infectieux et anti-inflammatoires :* – Corticoïdes – Isoniazide – Métronidazole – Cyclines – Nitrofurantoïnes
Antiparkinsoniens : – L. Dopa – Anticholinergiques – Amantadine	*Antimitotiques :* – Méthotrexate – Fluoro-uracile – Vincristine – Procarbazine

L'encéphalopathie hypertensive : sous ce terme, on désigne les nombreux cas où une bouffée confusionnelle survient chez un hypertendu connu, traité, ayant interrompu ou modifié le traitement. C'est dire qu'une courbe soi-

gneuse de la tension artérielle complétée éventuellement par un Holter tensionnel est un élément important de la surveillance de ces malades.
Là encore les médicaments antihypertenseurs peuvent être en cause, mais la situation n'est pas simple à démêler puisque tant l'hyper- que l'hypotension peuvent déclencher une bouffée confusionnelle.

Syndrome confusionnel symptomatique d'un accident cérébral aigu. – *Accident méningé :* soit une hémorragie méningée, soit une méningite dans un contexte fébrile. Il est important de rechercher systématiquement un symptôme méningé et de prescrire de ce fait une ponction lombaire en milieu hospitalier.
Traumatisme crânien : il peut s'agir d'une chute modeste sur laquelle le patient n'est pas capable de donner de détails, à moins qu'on ne repère une plaie du cuir chevelu ou un hématome facial. On recherchera systématiquement et même dans les suites tardives du traumatisme :
– un trouble de l'équilibre ;
– un signe de localisation à l'examen neurologique ;
– un trait de fracture crânien ;
– des éléments de souffrance à prédominance unilatérale à l'EEG ;
– lorsque les doutes se confirment, un scanner cérébral sera effectué.
La confusion mentale peut indiquer une simple contusion qui a des conséquences notables chez le sujet âgé, mais aussi un hématome sous-dural retardé qui doit être évacué chirurgicalement.
Épilepsie : il s'agit surtout de l'état post-critique confusionnel qui peut être secondaire à une crise d'épilepsie bien souvent méconnue jusqu'alors et qui peut être peu typique sur le plan des manifestations psychomotrices.
Accident vasculaire cérébral : il peut s'agir d'accidents brefs et passant inaperçus sur le plan moteur. Mais il reste fréquemment une trace neurologique dans les heures qui suivent sous la forme :
– d'un signe de Babinski unilatéral ;
– d'une hémianopsie latérale homonyme ;
– d'une astasie-abasie ;
– d'un grasping ou groping unilatéral.
On tentera de confirmer la latéralisation par un EEG le plus précoce possible et éventuellement un scanner. On estime qu'il s'agit d'accidents ischémiques survenant dans le territoire des artères cérébrales antérieures ou du tronc basilaire.
Tumeur cérébrale : le risque d'apparition d'une tumeur, et même en dehors d'une métastase, ne doit pas être sous-estimé. Pourtant, plus l'âge du sujet est avancé, moins un tel diagnostic peut avoir de conséquence pratique.

Survenue d'un stress. – La notion de stress permet de réunir différents types de traumatismes physiques ou psychologiques dont le rôle doit être analysé mais qui peuvent constituer effectivement un facteur déclenchant.

Les suites opératoires : il est important de savoir reconnaître la survenue d'un syndrome confusionnel dans les suites opératoires d'un sujet âgé. On incrimine éventuellement l'anesthésie, le choc opératoire, les suites médicales (très diverses depuis une infection latente jusqu'à un infarctus du myocarde). Nous citerons la fréquence de ces épisodes confusionnels en cas de chirurgie orthopédique, ophtalmologique, parfois d'un simple geste exploratoire.

Un changement de lieu et/ou une hospitalisation : il ne faut pas attribuer systématiquement à l'hospitalisation un rôle pathogène, mais il est vrai que peuvent s'associer :

– le rôle de la maladie qui provoque l'hospitalisation ;
– les mauvaises conditions de celle-ci : attente, transports prolongés, examens pénibles, voisinage perturbant ;
– les conditions éprouvantes, par exemple dans un service de réanimation avec perte de repères temporels et spatiaux ;
– mais une sortie rapide et brutale n'est pas faite pour améliorer le stress de l'hospitalisation, alors que le vieillard a besoin de temps pour s'adapter ;
– le rythme accéléré d'un grand nombre d'examens complémentaires et de transferts de service en service apparaît tout à fait néfaste.

Un traumatisme psychologique : il n'est pas toujours aisé d'affirmer qu'un syndrome confusionnel est dû à une cause psychologique ; il faut donc s'assurer de l'absence de cause associée et de l'éventualité d'une circonstance favorisante.

Cela étant, les traumatismes psychologiques peuvent déclencher surtout chez les personnes âgées un état confusionnel :

– une chute même sans lésion organique dépistable, mais qui a provoqué une immobilisation prolongée sur le sol ;
– un deuil d'un proche, surtout s'il provoque la modification des habitudes de vie quotidienne. On peut voir un retentissement d'apparition nettement retardée de quelques jours à quelques semaines ;
– une difficulté financière, même très mal appréciée, facture, impôts dont le montant ou le motif sont mal compris ;
– un conflit familial ou de voisinage ayant entraîné une décision pénible récente ;
– la crainte d'une maladie, le refus d'une thérapeutique ou la difficulté de se résoudre à une intervention chirurgicale ;
– le retentissement dû à l'aggravation d'un déficit sensoriel, souvent auditif et associé à d'autres déficiences somatiques ;
– le refus d'un changement de logement, avec inadaptation aux nouvelles conditions de vie, même si elles peuvent paraître objectivement comme améliorées.

Un syndrome confusionnel doit donc déclencher rapidement de la part du médecin une attitude active de dépistage, d'évaluation de l'intensité et de recherche étiologique.

Car un syndrome qui pouvait apparaître comme un signe évident de déchéance sénile doit être considéré, a priori, comme réversible et entraîner une aide thérapeutique de maternage et des soins quotidiens compétents sans être trop spécialisés au sens d'une médecine purement technique.

De cette façon on pourra constater des améliorations surprenantes en respectant le tempo éventuellement lent, de la récupération de l'état du patient.

APPROCHE DU DIAGNOSTIC DES SYNDROMES DÉMENTIELS ET AUTRES DÉFICITS COGNITIFS ACQUIS DE L'ÂGE ADULTE À LA SÉNILITÉ

Généralités

Le terme de démence est tiré en français comme en italien ou en espagnol du latin *dementia* désignant la folie en général, dans le sens de l'extravagance du comportement et de l'égarement de la raison. Si bien que dans le Code pénal de 1810, tiré lui-même du code Napoléon, où sera rédigé le fameux article 64, critère de toutes les expertises psychiatriques depuis lors, apparaît la notion selon laquelle « il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ». Le terme de démence désigne alors un état mental aigu ou prolongé « qui enlève à l'individu son libre arbitre ». Il s'agit donc bien de toute maladie mentale suffisamment profonde pour affecter gravement son jugement.

On sait également qu'on vient seulement de modifier en 1994 cet article 64 et d'abandonner dans ce texte le terme de démence (près de 200 ans plus tard).

Le langage populaire moderne et surtout celui des jeunes générations emploie également l'expression « c'est dément » pour désigner un fait, une émotion intense, violente, un paroxysme tant dans la joie, le bonheur, que dans le malheur ou la cruauté.

Pourtant, Esquirol, dès 1838, avait apporté à la nosologie une précision nécessaire : « la démence est une affection cérébrale, ordinairement sans fièvre et chronique caractérisée par l'affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté ». Déjà il signale un signe essentiel : « ces malades n'ont que la mémoire des vieillards; ils oublient dans l'instant ce qu'ils viennent de voir, d'entendre, de dire, de faire ».

« L'homme en démence est privé de biens dont il jouissait autrefois : c'est un riche devenu pauvre ».

A cette époque, la démence vésanique (ou démence des insensés) est isolée par les auteurs français pour désigner l'évolution détériorative intellectuelle des délirants chroniques âgés, comme dans la psychose hallucinatoire chronique de G. Ballet.

Parallèlement, la démence précoce désigne pour Kraepelin l'évolution de la catatonie ou de l'hébéphrénie et de la psychose paranoïde vers un état de marasme intellectuel et physique.

Par opposition, on a pu isoler la démence sénile au sens large du terme, « c'est-à-dire une maladie cérébrale organique chronique et progressive au cours de laquelle se complète une déficience des fonctions cérébrales, mémoire, orientation, praxies, compréhension, langage, raisonnement, jugement et enfin fonctions motrices ».

Faut-il alors distinguer ces processus :

1. des états transitoires : l'atteinte intellectuelle est globale, c'est « la confusion » de Chaslin, dont l'origine organique est maintenant très souvent reconnue si bien que c'est l'étiologie qui est maintenant utilisée pour désigner, en lieu et place du mot démence, le type même du essentiellement à une encéphalite ou encéphalopathie.
2. des états prolongés déficitaires de déficit cognitif mais stabilisés :
– encéphalopathie chronique,
– maladie mentale dont l'origine organique reste hypothétique comme la schizophrénie à l'origine de la classique « démence précoce ».
3. des états pseudo-démentiels :
– par syndrome dépressif,
– ou syndromes détérioratifs d'origine organique mais réversibles.

Épidémiologie

Les démences posent de façon grandissante un problème grave de santé publique dans tous les pays industrialisés, mais elles existent aussi dans les autres pays où les problèmes posés disparaissent apparemment parmi tous les autres.

La prévalence est approximativement de 5 % de la population des plus de 65 ans, ce qui correspond à un nombre évalué à 700 000 démences en 2006 en France.

Comme cette population âgée va doubler d'ici 2035, on peut facilement prévoir ce que seront les charges de santé publique qui en découleront d'ici là, même si des thérapeutiques plus efficaces sont mises au point (*cf.* figure 5-1).

La présence des démences dans le champ de la psychiatrie est parfois discutée, comme si l'atteinte indiscutablement organique du cerveau, la symptomatologie principalement déficitaire cognitive et l'évolution actuellement inéluctable les faisaient sortir du domaine habituel de cette discipline. De fait, on peut constater que la psychiatrie de ces dernières années ne s'intéressait pas de façon préférentielle à la démence. Le diagnostic de ces affections est souvent réservé à la neurologie, cependant que les recherches sont du domaine de la neuropathologie, de la neuropsychologie, de l'histologie et de la biochimie. Quant à la prise en charge soignante quotidienne, elle

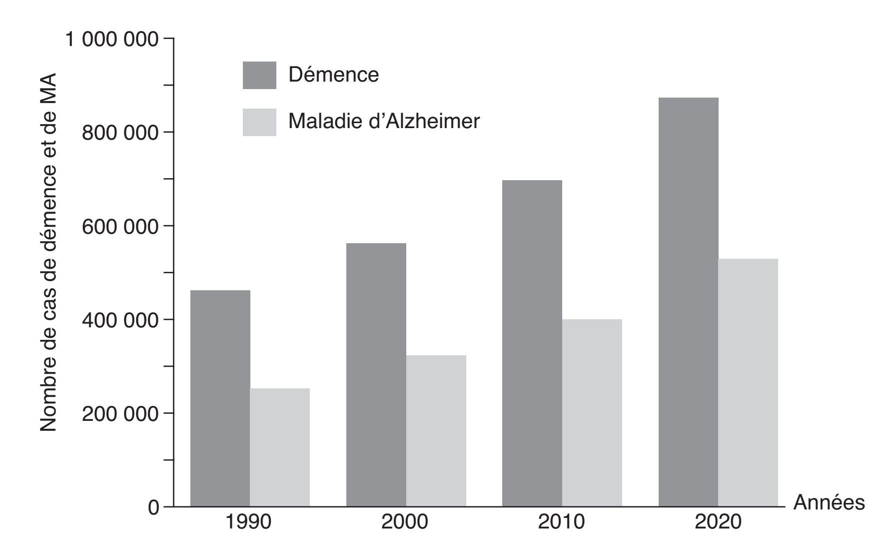


Figure 5-1. *Projection du nombre de cas de démence et de maladies d'Alzheimer en France de 1990 à 2020.*

relève, il faut bien le dire, de la médecine générale, de la gérontologie et de ses institutions.

La psychiatrie ne s'y insère que par raccroc, parfois à son corps défendant, soit par le biais des troubles du comportement, des phénomènes dépressifs et du retentissement de la maladie sur l'entourage. La place du malade dément, bien qu'effective dans les services et les hôpitaux psychiatriques, y est largement contestée, parfois même proclamée comme scandaleuse.

Il apparaît pourtant à nos yeux que la place de la psychiatrie et de l'abord psychologique est fondamentale et en grande partie à défendre et à développer. On voit encore trop fréquemment ces patients bénéficier d'une première phase active de diagnostic et d'explorations complémentaires (scanner, IRM) pour être rejetés ensuite vers les institutions sous-équipées et périphériques dans une prise en charge de deuxième catégorie, où semblent être pris en compte surtout les désavantages et les coûts.

Nous tenterons ici d'adopter un point de vue essentiellement neuro-psychiatrique, un abord pratique et non pas neuro-pathologique et qui ne néglige pas les domaines courants de la prise en charge.

❒ Que peut-on déduire des données épidémiologiques ?

Chacun insiste sur les difficultés qu'il y a à compter le nombre de cas de démences et qu'il n'est en fait possible de compter que les démences sévères et modérées (donc en fait déjà installées et d'un diagnostic très probable).

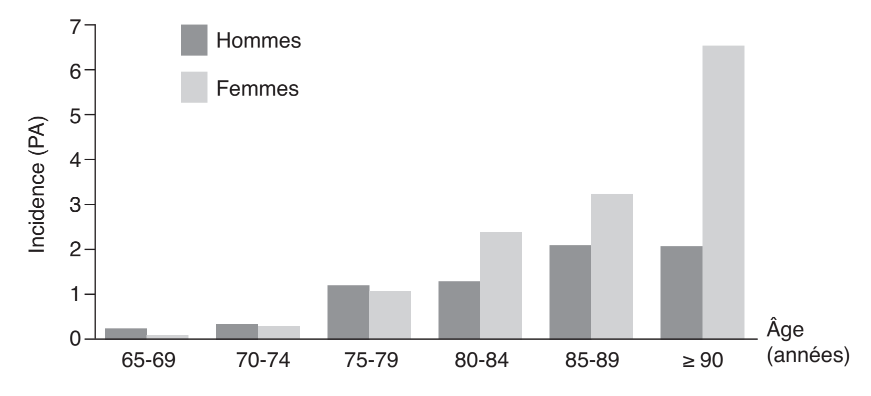


Figure 5-2. *Incidence de la maladie d'Alzheimer pour 1 000 personnes-années (/1 000 PA) en fonction de l'âge et du sexe.*
Étude PAQUID 1989-1995, n = 2 881 sujets.

Si l'on accepte des variations du simple au double (soit de 3 à 7 % pour les formes graves ou assez graves), on passe du simple au quadruple pour les formes légères, soit de 5 à 20 %. Il faut reconnaître qu'il existe une prévalence croissante dès l'âge de 60 ans (autour de 1 %) à l'âge de 85 à 90 ans (plus de 35 %), où elle semble atteindre 1/3 de la population.

On peut comprendre les effrois qui peuvent peser sur une politique sanitaire pour l'avenir.

L'incidence annuelle des nouveaux cas de démence est encore plus difficile à apprécier. Les deux tiers des nouveaux cas de maladie d'Alzheimer surviennent à partir de 80 ans et deux fois plus souvent chez la femme (*cf.* figure 5-2).

Il faut noter que la courbe, débutant au taux extrêmement faible mais significatif de 6 pour 100 000 entre 55 et 60 ans, croît de façon exponentielle avec l'âge : il y a donc une continuité dans la croissance du risque entre les formes préséniles et séniles. L'évolution du risque de démence est légèrement croissante avant 75 ans, autour de 3,5/1 000 personnes/années (/1 000 PA) et plus forte chez l'homme. Après 75 ans, l'incidence croît de façon linéaire pour atteindre 60/1 000 PA. A ce moment, les femmes présentent un risque croissant par rapport aux hommes. Au-delà de 90 ans, l'incidence reste croissante, y compris chez les centenaires.

On comprend qu'une telle cohorte de patients ne peut que peser très lourd dans les coûts de la santé. C'est ce qui a été chiffré aux USA en 1985 à près de 50 milliards de dollars.

En France, même si l'on considère que seuls 12 à 20 % des déments sont en institution, ils pèsent d'un poids considérable dans l'ensemble des organismes que fréquentent les personnes âgées (comme les hôpitaux) ou qui leur sont spécialement destinés.

Quant à l'immense majorité d'entre eux qui vivent à domicile, ils pèsent également d'un poids évident sur l'entourage et sur le système plus ou moins cohérent des soins à domicile, tels qu'ils sont pratiqués et développés dans la plupart des zones urbaines ou rurales.

Le grand nombre de démences, la signification extensive prise par le terme d'Alzheimer dans le public et les médias, entraînent une assimilation de tous les signes déficitaires intellectuels aux prémices de la maladie et tous les éléments de sénescence à des éléments évolutifs de celle-ci.

Quand on connaît les difficultés effectives du diagnostic au début, les incertitudes qui ponctuent les diverses étiologies et finalement l'inconnu du mode évolutif sur un cas particulier, on voit bien qu'il faut rester très prudent pour communiquer et expliquer tous ces éléments, ce malgré l'insistance d'une politique délibérée poussant à révéler le diagnostic au patient et à son entourage.

❒ Facteurs étiologiques

Si l'on considère la majorité des syndromes démentiels, il existe un petit nombre de facteurs étiologiques effectifs au milieu de tant d'autres hypothétiques.

Si l'on met de côté certaines démences liées à des affections encéphaliques précises et connues (maladie de Parkinson, démence vasculaire), pour la plupart des autres il s'agit d'une dégénérescence d'origine inconnue et dont les facteurs environnementaux sont faibles. On sait tout au plus que la prévalence de la D.T.A. est 1,5 à 2 fois plus importante chez les femmes âgées que chez les hommes.

Il existe toutefois des notions concordantes en faveur d'une origine génétique qui serait de l'ordre d'une transmission autosomique dominante avec une localisation possible sur le chromosome 21. En effet sur le plan clinique, il existe des familles présentant plusieurs cas de démence, de type Alzheimer dans une même génération et de façon intergénérationnelle. Par ailleurs, il existe aussi des formes sporadiques, mais on sait qu'avec le faible nombre des membres d'une fratrie, il est difficile d'affirmer l'absence de tout facteur génétique dans les cas sporadiques.

En même temps que ces incertitudes actuelles de la science en matière biologique, il faut bien signaler l'angoisse de l'entourage familial lorsqu'il a à faire face à un ou plusieurs cas de démence dans la famille : suis-je atteint de la même maladie puisque je ressens des troubles de mémoire ou bien vais-je perdre l'esprit, devenir dément au même âge ou plus jeune que ma mère ou un oncle ?

C'est une question que posent beaucoup de personnes à partir de la cinquantaine et auxquelles nous ne savons pas vraiment répondre. Faut-il rappeler la nécessité de paroles systématiquement rassurantes qu'attendent ces personnes parfois exagérément inquiètes et auxquelles des techniques de groupe d'entretien et d'expression peuvent rendre service.

Durée d'évolution

La prévalence connue d'une maladie est liée à la capacité de reconnaissance diagnostique des symptômes qu'elle comporte multipliée par la durée de son évolution.

Les deux facteurs augmentent dans les pays occidentaux, amélioration du dépistage clinique à des stades relativement peu avancés par une meilleure évaluation des troubles cognitifs (généralisation du MMS), amélioration des conditions de survie et de la durée de vie des formes avancées, ne serait-ce que par la diminution des conséquences des maladies infectieuses et traumatiques. Si une maladie présénile peut évoluer très vite de 1 à 4, voire 6 ans, les démences séniles ont une durée moyenne de survie de 8 ans à partir du moment où elles ont été diagnostiquées. Après 80 ans, le surgissement d'une démence ne modifie plus notablement l'espérance de survie.

Le déficit cognitif survenant chez l'adulte en phase d'activité sociale et/ou professionnelle. – La limite de 65 ans, essentiellement socioculturelle, est habituellement utilisée pour caractériser cette phase de l'existence. Comme toutes les limites, elle est artificielle et ne saurait avoir de valeur que de façon relative et dans une société donnée. Elle ne fait que confirmer une notion bien réelle selon laquelle la survenue de troubles cognitifs apparents ou ressentie subjectivement ou confirmée objectivement n'ont pas le même retentissement chez un sujet jusqu'alors en pleine activité physique, psychique et sociale, jouissant souvent d'une parfaite santé et atteint d'un affaiblissement intellectuel à priori incompréhensible. Cette période était dénommée précédemment présénile, désignation maintenant considérée comme stigmatisante.

Les troubles de la mémoire

Dans le domaine cognitif, c'est à la fois le trouble le plus ressenti et celui qui entraîne le plus de consultations auprès d'un médecin généraliste, d'un neurologue, et moins souvent d'un psychiatre. Mais c'est également un trouble qui peut être systématiquement nié ou banalisé. Le sujet âgé peut s'exprimer de façon voisine en parlant de fatigue, d'asthénie intellectuelle et d'expliquer le trouble par les notions de stress professionnels ou relationnels. C'est cela qu'il faudra apprécier avant de tenter d'objectiver, par exemple par des tests dont il ne faut pas exagérer la valeur décisive. Les tests doivent être adaptés à la situation, telle qu'elle est décrite par le sujet lui-même. Ainsi, il n'est pas question de présenter tout seul un test comme le MMSE. à un sujet de haut niveau intellectuel se plaignant d'un déficit relatif dans un travail purement abstrait. A l'inverse, on pourra prescrire éventuellement un examen neuropsychologique complet et spécialisé, avec un auto-questionnaire, pour explorer chez une telle personne les troubles ressentis et la dimension anxio-dépressive.

Le déficit mnésique avec phobie de la démence

Autour de la cinquantaine, c'est-à-dire en fait entre 48 et 68 ans, et surtout lorsque le patient reste en activité professionnelle, il prend conscience, parfois après un événement traumatisant, qu'il présente un ensemble de dysfonctionnements intellectuels qui l'effraient. Il s'agit surtout d'une baisse des capacités mnésiques (noms propres, suite de chiffre, pertes d'objets quotidiens), de difficultés de concentration intellectuelle et, plus généralement, d'une baisse de rendement. Parfois, le patient signale des difficultés à s'exprimer verbalement. Très souvent, il a l'exemple d'un proche, dans sa famille, atteint d'une maladie d'Alzheimer; il a entendu des émissions sur ce sujet et craint d'en être lui-même atteint; il réclame une exploration cérébrale par scanner. Dans ces cas, on ne peut pas, par une échelle d'évaluation (par exemple le MMS), affirmer qu'il n'existe pas de détérioration cérébrale significative perceptible et que le scanner est normal. Il paraît important de mettre en place un protocole non seulement de dépistage diagnostique mais aussi de prise en charge et de réassurance. Il est donc utile de prévoir une évaluation médicale systématique des difficultés cognitives du patient, à l'aide d'une échelle telle que celle de Mac Nair dont la version française a été établie par Dérouesné et Bakchine. Il faudra tenir compte non seulement de l'âge du patient mais aussi de son instruction, le score étant d'autant plus important que l'âge est élevé et que le niveau d'études bas. Si le score des plaintes à propos des difficultés cognitives dans la vie quotidienne reste au-dessous des normes observées chez des sujets normaux, il est très vraisemblable que les difficultés cognitives dont elles témoignent soient simplement en rapport avec le vieillissement physiologique de l'activité cérébrale. Il faudra donc rassurer le patient, dédramatiser la situation et le soutenir par rapport à sa phobie de développement d'une démence. Il est possible qu'en le revoyant régulièrement le score des plaintes s'abaisse ultérieurement de ce fait. Si les plaintes sont nettement plus élevées que les normes, la première cause à évoquer est une auto-évaluation pessimiste de ses propres possibilités, ceci pouvant être dû à une dimension dépressive. L'examen clinique doit chercher à l'apprécier par une évaluation de la thymie et de l'anxiété. Si la dépression s'avère être réelle, un traitement antidépresseur ainsi qu'une prise en charge peuvent être proposés. Un effet positif du traitement confirmera qu'il s'agissait du retentissement cognitif d'un syndrome dépressif.

La symptomatologie dépressive, pseudo-dépressive ou apathique

Le patient présente apparemment des symptômes dépressifs : il a pu parfois même être mis sous traitement. Pourtant, un réexamen de la situation clinique peut montrer que les signes psychopathologiques peuvent être perçus et interprétés autrement :

– le patient ne se plaint pas vraiment de tristesse, il se montre plus indifférent et passif que dépressif. On peut noter le contraste entre l'importance de l'apragmatisme et le peu d'anxiété. En fait il s'agit d'apathie;

– on sera très attentif à l'hypersomnie et à la conservation de l'appétit;
– une tentative de suicide en fait de nature impulsive et caractérielle peut s'avérer bizarre dans sa réalisation puis niée ou oubliée ensuite;
– surtout, la baisse de l'efficience intellectuelle et la perte du goût pour les activités intellectuelles ne font pas l'objet de plaintes. On ne peut pas ne pas noter une lente dégradation des capacités cognitives.

Parfois, on retrouve quelques idées délirantes, paranoïaques ou hypocondriaques. Surtout, il faut tenir compte de la résistance au traitement antidépresseur, à bonne dose, et aller rechercher les éléments démontrant que le tableau pseudo-dépressif s'explique en fait par l'évolution d'une détérioration cérébrale.

L'ictus amnésique

Décrit par Guyotat en 1956, l'ictus amnésique survient entre 50 et 70 ans. Il existe parfois une cause déclenchante psychotraumatique avec un net retentissement émotionnel chez un sujet très actif, souffrant de privation de sommeil. D'ailleurs, l'épisode cède souvent après une phase de récupération du sommeil.

Ce trouble peut être appelé également « amnésie globale transitoire idiopathique ». C'est un épisode à début brutal dont souvent ni l'entourage ni le sujet lui-même ne se rendent compte immédiatement. Le sujet paraît brusquement perplexe et anxieux; il est perdu – « Où suis-je ? », « Quelle heure est-il ? », « Qu'est-ce qu'il m'arrive ? » – alors même qu'il peut être chez lui ou au dehors, dans un lieu qu'il est censé connaître, où il peut parcourir normalement un itinéraire et reconnaître les choses qu'il perçoit habituellement. On pourrait penser à une poussée de confusion mentale, mais, au cours de l'épisode, il est très capable de donner ses coordonnées personnelles et les éléments qui constituent ses connaissances anciennes.

En fait, il existe un trouble complet de la mémoire immédiate avec oubli au fur et à mesure. Alors que son activité intellectuelle peut être maintenue, il n'existe pas de trouble majeur du comportement ni de trouble caractériel. La durée moyenne de l'épisode est brève, entre une à dix heures au maximum, et ne laisse que rarement l'occasion d'examiner précisément l'état cognitif du sujet. Il n'existe pas de trouble de la vigilance. De même, l'EEG est normal pendant la crise, du moins si l'on peut en saisir l'opportunité.

A l'issue, il existe une amnésie complète de l'épisode. Ne reste qu'une impression de malaise et d'anxiété. Le pronostic est considéré comme bon à condition qu'il s'agisse réellement d'un trouble fonctionnel et non lésionnel. Il faut donc distinguer ce tableau de ce qui doit être nommé « une amnésie paroxystique symptomatique ». Cliniquement, on peut théoriquement le distinguer par :
– un début moins brusque, plus progressif;
– une durée d'évolution plus longue, durée qui peut permettre une hospitalisation;

– l'existence d'un état confusionnel perturbant le fonctionnement cognitif. Il peut exister un bref symptôme neurologique focal déficitaire;
– le pronostic ultérieur, parfois moins favorable, annonçant des complications cérébrales vasculaires ou dégénératives du type démentiel.

Le déficit cognitif léger (Mild Cognitive Impairment)

Les déficits non démentiels concernant apparemment la moitié de la population âgée de plus de 50 ans et les plaintes concernant spécialement les seniors qui poursuivent une activité professionnelle, intellectuelle surtout, et qui constatent des erreurs mnésiques qu'ils ne faisaient pas auparavant. Ils retiennent moins aisément des séries de chiffres qu'ils connaissaient par cœur, surtout s'il s'agit de choses nouvelles, cela les conduit à ne plus avoir la même confiance dans leur mémoire qu'auparavant. Ils craignent bien sûr un processus démentiel débutant : ce sont des sujets très demandeurs en ce qui concerne les consultations mémoires, qui se généralisent et s'organisent de plus en plus largement.
Le déficit cognitif léger correspond à un état jugé pathologique lors de tests neuropsychologiques approfondis et situé entre 1,5 et 2 déviations standards par rapport aux normes d'un sujet de même âge et de même niveau socio-culturel.
Cette plainte mnésique confirmée par les tests :
– s'accompagne d'un fonctionnement global normal de l'attention du langage et des fonctions visuo-spatiales;
– préserve l'activité professionnelle et les activités de la vie quotidienne;
– ne s'associe à aucun autre symptôme définissant la démence.
Le problème est de savoir quel sera le devenir de ce déficit des années après.
C'est très difficile à dire, on peut néanmoins proposer les schémas suivants :
1. Déficit cognitif léger, lié à l'âge, ou oubli bénin de la sénescence lors des tests d'apprentissage de liste de mots :
– le rappel libre est légèrement atteint;
– le rappel indicé est pourtant normal;
– de même pour ce qui concerne le rappel par reconnaissance au sein d'une liste ou des images.
À ce stade, il n'existe pas, de façon prévisible, d'évolution détériorative déclenchée.
2. Déficit cognitif avec risque d'évolution détériorative :
– le rappel libre est mauvais;
– le rappel indicé est faible, même avec des réponses intrusives;
– la reconnaissance provoque de fausses identifications.
Dans ces cas, on espère qu'une thérapeutique à visée préventive pourra bientôt être mise en œuvre. Pour l'heure, malheureusement, nous ne connaissons pas le degré d'évolution de la pente détériorative. Certains se fondent sur l'observation, sous traitement anticholinestérasique, d'une évolution détériorative moins rapide que dans une population sans traitement.

Les troubles du jugement et du comportement

Ils sont beaucoup moins aisés à identifier et le sujet n'a pas tendance à les désigner, comme il le fait à propos de sa mémoire. Certaines erreurs peuvent être la conséquence de troubles agnosiques ou apraxiques. Mais ce sont surtout les troubles du jugement et les erreurs de raisonnement qui sont très difficiles à reconnaître. Habituellement désignés sous le nom de symptômes frontaux, ils doivent être dépistés lors d'une approche clinique allant délibérément à leur recherche. En fait, cet examen orienté doit être entrepris à l'occasion de la révélation inopinée d'un trouble du comportement, trouble qui a pu conduire le patient aux urgences d'un hôpital. Si l'on sait en comprendre le caractère incongru voire aberrant, il témoigne en fait de troubles du jugement sur un déficit cognitif latent. Ainsi, il peut s'agir d'une fugue, d'une errance ou de la négligence complète d'une obligation sociale, perturbations qui témoignent en fait de troubles de la mémoire, de la désorientation spatiale, de la difficulté à s'adapter à un nouvel environnement, une ville inconnue, un itinéraire nouveau. Toutefois, il peut s'agir aussi d'un trouble survenant dans un lieu familier. Le diagnostic que l'on doit évoquer est celui de l'ictus amnésique, normalement de bon pronostic.

Cependant, le trouble peut apparaître comme un acte délictueux et immoral : il pourra être soumis à une expertise judiciaire. Il peut s'agir, la prise d'alcool favorisant ce type de comportement, d'exhibitionnisme, de tentatives d'uriner en public, de déshabillage inadapté, de mots grossiers, d'une ébauche d'attentat à la pudeur, de viol, mais aussi de vol, d'achat grandiose inconsidéré, de libéralité financière étonnante (parfois due tout simplement à la confusion entre francs et euros) ou d'une hyperactivité sexuelle.

Le diagnostic peut se poser avec un état hypomaniaque, voire un accès maniaque primitif ou secondaire à un traitement ou à une tumeur cérébrale.

Échelle de dysfonctionnement Frontal
(modifiée d'après Lebert F. et Pasquier F., 1998)

Troubles du contrôle de soi-même	**Codage : 0 - absent 1 - présent**
Hyperphagie. Pica	
Désinhibition verbale (vulgarité, injures)	
Irritabilité/colère	
Instabilité psychomotrice	
Conduites alcooliques (en rapport avec les autres troubles du comportement)	
Désinhibition comportementale (domaine sexuel et sphinctérien, perte de la pudeur)	
Troubles du contrôle des émotions : pleurs, rires (bruyants, inappropriés)	

Échelle de dysfonctionnement Frontal
(modifiée d'après Lebert F. et Pasquier F., 1998) (suite)

Négligence physique par rapport aux habitudes antérieures portant sur :	**Codage : 0 - absent 1 - présent**
Hygiène corporelle (indifférence à la malpropreté et aux troubles sphinctériens qui sont niés ou minimisés)	
Cheveux (coupe, propreté)	
Vêtements (harmonie, propreté, indifférence aux taches)	
Troubles de l'humeur	**Codage : 0 - absent 1 - présent**
Tristesse apparente	
Hyperémotivité	
Indifférence affective	
Exaltation	
Manifestations d'une baisse d'intérêt	**Codage : 0 - absent 1 - présent**
Assoupissement diurne (malgré l'absence d'insomnie nocturne)	
Désintérêt social	
Apathie	
Persévération idéique (répétition et radotage)	

Chez un patient atteint de démence légère ou ayant un MMS normal un score égal ou supérieur à 3 est en faveur d'une atteinte frontale.

Les signes d'accompagnement

En particulier, un symptôme neurologique focalisé peut faire l'objet d'une recherche spécifique, crise d'épilepsie, trouble visuel, déficit moteur, troubles de l'équilibre.

L'examen clinique ne doit en aucun cas se contenter d'être purement psychologique et relationnel. L'examen neurologique courant apparaît quasiment toujours sans anomalie, mais on ne peut le dire normal sans avoir réalisé les tests d'efficiences frontales (*cf.* tableau 5-2).

Il en est de même de la recherche de signes généraux : fatigue, céphalées, fièvre, maladie associée cardiaque, digestive ou systémique.

Très rapidement, on se retrouve devant la confirmation de ces doutes qui assaillent le patient, l'entourage et le médecin, d'où la nécessité du recours aux examens complémentaires.

– Le scanner encéphalique est bien entendu exigé en tout premier, avant même qu'on ait pu en poser clairement l'indication. De toute façon, cet examen ne peut être récusé; il a l'avantage d'éliminer des lésions encéphaliques focalisées, qui peuvent poser des problèmes diagnostiques, plus que

Tableau 5-2. *– Batterie rapide d'épreuves d'efficience frontale (D'après B. Dubois, A. Slachevsky, I. Lihan, B. Pillon – 2000)*

	Cotation
I - Épreuve de similitudes lexicales et catégorielles Demander en quoi se ressemblent : – Une orange et une banane ; – Une chaise et une table ; – Une tulipe, une rose et une marguerite.	Les trois réponses correctes = 3 2 réponses seulement = 2 1 réponse = 1 Aucune réponse = 0
II - Épreuve d'évocation lexicale de flexibilité mentale et de fluence verbale Demander au patient de nommer le plus possible de mots différents, par exemple des animaux, des plantes, des objets, mais ni prénoms, ni noms propres, commençant par la lettre « S ». Si le patient ne donne aucune réponse pendant les premières secondes on lui propose un exemple. Si le patient fait des pauses de plus de dix secondes, le stimuler en répétant la consigne.	Plus de 10 mots = 3 Entre 5 et 10 mots = 2 Entre 3et 5 mots = 1 Moins de 3 mots = 0
III – Comportement pathologique de préhension manuelle L'examinateur est assis en face du patient, dont les mains reposent sur les genoux, paumes ouvertes vers le haut. L'examinateur approche doucement les mains et touche celles du patient, pour voir s'il va les saisir spontanément. Si le patient les prend, lui demander « Lâchez mes mains ».	Le patient ne saisit pas les mains de l'examinateur = 3 Le patient hésite et demande ce qu'il doit faire = 2 Le patient prend les mains sans hésitation = 1 Le patient ne lâche pas les mains = 0
IV - Séquences motrices de Luria L'examinateur réalise trois fois devant le patient, avec la main droite, la séquence motrice : tranche – poing – paume, puis demande au patient de la faire en même temps que lui. Enfin, on lui demande de continuer seul trois fois de la main gauche.	Le patient réussit seul 6 séquences consécutives = 3 Le patient réussit seul au moins 3 séquences consécutives = 2 Le patient ne peut pas y arriver seul mais réussit correctement avec l'examinateur = 1 Le patient n'est pas capable de réussir 3 séquences correctes même avec l'examinateur = 0
V - Épreuve des consignes conflictuelles Lorsque je tape une fois sur la table, vous devez taper deux fois. Lorsque je tape deux fois, vous devez taper une fois. Faire précéder chacune de ces séquences de trois essais.	Aucune erreur = 3 De 0 à 2 erreurs = 3 Plus de 2 erreurs = 1 Le patient est perdu ou ne peut que suivre le rythme de l'examinateur = 0
VI - Épreuve de Go-No Go (contrôle inhibiteur) Le patient doit taper sur la table quand l'examinateur tape une fois et ne pas taper lorsque l'examinateur tape deux fois.	Aucune erreur = 3 De 0 à 2 erreurs = 3 Plus de 2 erreurs = 1 Le patient est perdu ou ne peut que suivre le rythme de l'examinateur = 0
VII – Le signe de « applaudissez trois fois » L'examinateur dit : « Applaudissez trois fois et pas plus. Je vais vous montrer. Maintenant c'est à vous ».	Réalise effectivement 3 applaudissements = 3 4 applaudissements = 2 Continue jusqu'à 10 = 1 Plus de 10 = 0
TOTAL :	

d'affirmer directement la démence. En effet, l'atrophie corticale diffuse ou même localisée, la dilatation ventriculaire ne sont retrouvées que dans une minorité de cas, du moins en début d'évolution.

Il faut savoir ne pas négliger les autres examens complémentaires qui contribuent également à éliminer les atteintes non démentielles :

– L'EEG participe à la recherche d'un foyer d'ondes lentes ou de manifestations paroxystiques infracliniques.

– La découverte d'une cause sera faite pour l'essentiel en fonction de la clinique.

En fait, en dehors des investigations cliniques, seuls les tests psychologiques permettent :

– d'apprécier la détérioration cognitive,

– de rechercher des signes organiques (Benton).

Mais il faut bien connaître les problèmes que posent même la passation de tests, qui parfois mettent en évidence les erreurs et les déficits que le patient fait tout pour cacher et se cacher. De plus, les tests pour être fiables doivent être faits bien entendu par des psychologues praticiens exercés ; ils sont très souvent en accord avec la clinique mais ont l'avantage de fournir des points de repères chiffrés, permettant de suivre l'évolution. En pratique, il est rare de pouvoir disposer de toutes les conditions nécessaires pour disposer d'éléments fiables.

Le diagnostic étiologique des encéphalites et encéphalopathies

On peut désigner ainsi un ensemble de processus détérioratifs se révélant par des troubles cognitifs ou des troubles comportementaux pour lesquels le diagnostic neurologique n'est pas apparent et n'a pas encore été porté.

Encéphalite désigne un processus inflammatoire et la responsabilité probable d'un rétrovirus ou d'un prion souvent encore non identifié.

Encéphalopathie désigne un processus d'origine toxique ou métabolique. Il ne s'agit pas de démences au sens strict du terme dans la mesure où, si le processus étiologique pouvait être jugulé, il y aurait stabilisation voire régression. En tout cas, il est important de noter l'existence de tel ou tel symptôme purement neurologique, qui oriente les explorations complémentaires. C'est notre profonde incertitude qui justifie de placer ici ces tableaux qui sont trompeurs par leur allure démentielle à cet âge.

La démence du SIDA

L'apparition de troubles mnésiques, de difficultés de concentration intellectuelle, de troubles caractériels et parfois même d'hallucinations est indicatrice du développement possible d'une démence.

L'examen neurologique peut montrer des troubles moteurs, ralentissement des gestes, de la fluence verbale, incoordination et tremblement des

membres supérieurs puis des membres inférieurs responsables d'une gêne à la marche.

L'évolution sera rapide avec myoclonies, crises d'épilepsie, incontinence urinaire et enfin mutisme.

Il faut distinguer un tel tableau d'une toxoplasmose cérébrale, d'une cryptococcose, d'une leuco-encéphalopathie multifocale progressive et des lymphomes cérébraux.

En tout cas, la démence survient tardivement et rarement sans que se soient produites auparavant les complications systémiques définissant le SIDA et ayant donc déjà fait porter le diagnostic.

L'encéphalite herpétique

Le tableau clinique est à début brutal par céphalées, fièvre, confusion, obnubilation pouvant mener au coma. Il peut se produire des crises convulsives avec signes EEG et la PL montre que le LCR est anormal (hypercytose, protéinorachie).

Le scanner montre des plages d'hypodensité uni- ou bilatérales.

L'évolution est très défavorable mais elle peut être améliorée par l'acyclovir. Cependant, les séquelles sont très graves, du mutisme akinétique aux graves syndromes mnésiques avec troubles du comportement proches d'un syndrome de Kluver-Bucy (agressivité, troubles sexuels, pica). A noter que cet état est stable et non pas évolutif comme une démence.

La preuve de l'herpès peut être apportée par l'élévation du taux des anticorps spécifiques, mais parfois l'exploration n'est pas possible ou trop tardive et il faut se contenter d'une probabilité étiologique.

La maladie de Creutzfeldt-Jakob

Elle est normalement sporadique et rare (1,5 cas par million d'habitants) atteignant l'adulte depuis la cinquantaine jusqu'à 75 ans avec un maximum entre 60 et 65 ans. En effet, l'infestation pré-clinique peut durer de 2 à 35 ans.

Les premières manifestations sont aspécifiques avec troubles du caractère, perturbations du sommeil, altération de l'état général et troubles intellectuels. Puis, la détérioration progresse rapidement avec parfois épisodes confusionnels et hallucinations. Les signes neurologiques touchant la motricité sont évocateurs; hypertonie, troubles de l'équilibre, myoclonies, tremblements, mouvements oppositionistes. Il peut se produire des crises d'épilepsie.

L'évolution est rapidement mortelle, souvent moins d'un an après l'apparition de troubles cognitifs manifestes, et se termine par une phase de mutisme akinétique.

On connaît maintenant la nature transmissible de la maladie par des agents non conventionnels nommés « prions » (glycoprotéines hydrophobes ne déclenchant pas de production d'anticorps). On a mis en évidence, non pas le risque de contage interhumain, mais bien par les produits biologiques

(injection de matière cérébrale ou oculaire et les greffes de tissus). C'est donc une maladie iatrogène.

Depuis l'épidémie d'encéphalopathie spongiforme bovine, il se pose la question d'une transmission alimentaire de cette maladie à l'homme par les produits bovins à l'exclusion de la viande d'origine purement musculaire. Quelques cas semblent avoir été recensés en Grande-Bretagne, avec une symptomatologie et une période d'incubation légèrement différentes. C'est la variante de la maladie, celle qui atteint des adultes jeunes.

Les démences et encéphalopathies alcooliques

La démence alcoolique désigne une altération intellectuelle globale, bien qu'avec une nette prédominance sur les troubles mnésiques et caractériels, une note frontale avec optimisme et minimisation systématique. Le diagnostic reste d'élimination, c'est-à-dire qu'il s'agit d'un homme autour de la cinquantaine, buveur excessif depuis toujours et ayant une cause nouvelle de renforcement de l'intoxication : difficultés familiales, mise au chômage, délits et/ou dettes.

Le scanner confirme parfois la dilatation ventriculaire et l'atrophie corticale avec élargissement des sillons, mais cela n'est pas proportionnel à la détérioration intellectuelle.

Celle-ci est susceptible de ne plus évoluer si le patient est contraint d'une façon ou d'une autre à l'abstinence.

S'il continue à boire, l'aggravation est évidente : troubles de l'attention, lenteur de l'idéation et de la parole, pensée pauvre et stéréotypée, optimisme superficiel, colères et parfois violences, désorientation temporo-spatiale.

A tout moment de l'évolution, il peut faire un épisode encéphalopathique ou démentiel de l'alcoolique marqué par :

– la fréquence des crises d'épilepsie ;

– le risque d'hématome sous-dural à l'occasion d'une chute ;

– le risque de développement d'un Alzheimer évolutif ;

– la nécrose centrale du corps calleux (Marchiafava Bignami) associe un tableau démentiel avec astaso-abasie et hypertonie diffuse.

Si le sujet par anorexie ou apragmatisme à domicile reçoit une alimentation déficiente et carencée en vitamines, il peut se développer :

– *l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke* qui associe indifférence et irritabilité, confusion, insomnie puis coma, avec des manifestations oculaires diplopie, paralysies oculaires asymétriques, hypertonie oppositionnelle. La vitaminothérapie intensive peut faire régresser plusieurs symptômes et mais laisser persister un syndrome mnésique de type Korsakovien qui n'est pas une démence au sens propre, du fait de l'atteinte mnésique spécialisée et de la non évolutivité des troubles lorsque le patient ne boit plus. Un traitement par la vitamine B1 à un stade précoce peut éviter le syndrome de Korsakoff.

La démence traumatique

Il n'est pas tellement question de la démence des boxeurs avec ses signes moteurs extrapyramidaux que de la possibilité d'un affaiblissement intellectuel :
– soit par suite d'un hématome sous-dural (qui doit être dépisté puis opéré)
– soit dans les suites d'un traumatisme crânien avec coma prolongé, laissant des séquelles cognitives multiples, mais habituellement non évolutives.

Les tumeurs cérébrales

Dans cette phase présénile, il est très important de ne pas négliger la possibilité d'une tumeur cérébrale à expression purement déficitaire cognitive; c'est la justification malgré sa rareté de l'examen systématique au scanner. Si la tumeur est opérable, on peut obtenir une régression du déficit cognitif, mais parfois seulement partielle, et il faut signaler les cas où l'ablation n'est pas possible et/ou les déficits restent évolutifs.

La maladie de Wilson

Il s'agit d'une démence qui prend la forme clinique d'une atteinte sous-corticale, mais où l'on remarque des signes extra-pyramidaux et un gros foie cirrhotique. On recherche les signes oculaires et ceux de la fixation du cuivre; c'est important car on peut ensuite par les chélateurs et le contrôle de l'absorption du cuivre stabiliser le déficit cognitif.

L'intoxication à l'oxyde de carbone

Elle peut laisser des séquelles neurologiques et un déficit intellectuel, de même que les suites d'un accident anoxique par arrêt respiratoire, arrêt cardiaque, infarctus du myocarde.

L'hydrocéphalie à pression normale

D'une part, le tableau démentiel souvent avec une note confusionnelle s'accompagne très rapidement :
– d'un trouble de la marche, avec piétinement et rétropulsion,
– d'une incontinence urinaire.
Mais le contexte neurologique, c'est aussi de retrouver dans l'anamnèse alcoolisme, chute, méningite, abcès du cerveau, intervention neuro-chirurgicale et de craindre la possibilité de constitution d'un trouble à la circulation du LCR La preuve sera apportée par la PL, une pression du LCR ne dépassant pas 20 cm d'eau et une dilatation ventriculaire sans atrophie.

La paralysie générale

Le syndrome démentiel peut s'extérioriser, plus que par un tableau d'excitation hypomaniaque, par une incohérence des raisonnements, des absur-

dités et parfois des idées délirantes. On peut observer aussi un syndrome dépressif.
La syphilis tertiaire est devenue très rare ; il faut cependant y penser par la PL à la recherche de la pléiocytose et d'un test de Nelson positif dans le LCR.

SEP (sclérose en plaques)

La SEP peut dans quelques cas présenter une évolution démentielle compliquant le processus neurologique dégénératif. En fait la sévérité de l'atteinte n'apparaît corrélée ni à la durée d'évolution, ni au niveau du handicap moteur. On s'est aperçu que sont précocement infectés l'attention, le raisonnement conceptuel, et le traitement simultané d'informations multiples (Rogers et Panegyres, 2007).

SLA (sclérose latérale amyotrophique)

L'apparition d'une démence accompagnant une SLA est un phénomène rare. Il s'agit d'une démence de type frontal qui peut comporter euphorie, manque d'auto-contrôle, actions incongrues, perturbations du caractère et même rires incontrôlés et pleurs spasmodiques. Il faut rechercher, si cela n'est pas encore reconnu, des fasciculations musculaires avec une atrophie évoluant progressivement, des troubles de la déglutition avec fasciculations linguales.

Les démences dégénératives survenant à un âge présénile

La maladie d'Alzheimer

Individualisée par l'auteur dès 1906 à propos d'une malade de 51 ans, internée pour un délire de jalousie, cette affection sera désignée sous ce nom par Kraepelin en 1910 pour caractériser une démence présénile.
Elle comporte la survenue progressive et plus ou moins rapide de troubles de la mémoire et d'un syndrome aphaso-apraxo-agnosique. Il est possible que s'associent des hallucinations, ou bien un délire de jalousie ou de persécution fixé sur l'entourage ou le milieu professionnel, enfin des épisodes confusionnels avec ou sans cause déclenchante.
Le tableau ne comporte pas normalement de signe neurologique de localisation.
Si la maladie d'Alzheimer est la moins exceptionnelle, il n'est que d'un intérêt pour l'instant mineur de savoir en distinguer les formes correspondant à des lésions anatomo-pathologiques différentes.

La chorée de Huntington

C'est une affection héréditaire marquée par l'apparition de myoclonies et d'une détérioration intellectuelle très progressive, en général autour de l'âge

de 40 ans et avec une évolution de 15 à 20 ans. Mais il existe 1/4 des cas à révélation tardive, donc à plus de 55 ans, et qui deviennent évidentes avant l'âge de 65 ans. Il peut exister des troubles caractériels et des manifestations délirantes.

La maladie de Pick

Fondée sur les travaux de l'auteur à propos d'atrophies cérébrales localisées, elle ne sera individualisée qu'en 1926. Elle a longtemps représenté le type même de la démence présénile à localisation frontale prédominante.

Il n'est pas véritablement possible de faire un parallélisme strict entre les formes de présentation clinique et les anomalies anatomo-pathologiques que l'on pourrait retrouver ultérieurement à l'examen de l'encéphale. Si l'on exige histologiquement la présence de corps de Pick et de cellules ballonnées, la maladie de Pick confirmée ne représente que moins de 5 % des démences. Mais débutant autour de 50 ans, son évolution est spectaculaire et dramatique, le décès peut se produire dès 45 ans jusque vers 75 ans.

Le tableau clinique comporte apathie, apragmatisme, le sujet devient indifférent à ses activités habituelles, puis apparaissent des stéréotypies verbales et/ou motrices. On peut voir apparaître une boulimie sans prise de poids, un pica, et parfois une euphorie niaise. Ultérieurement, on mettra en évidence le déficit intellectuel avec réduction du stock des idées. Le langage, bien que pauvre, est peu pathologique, en dehors d'un déficit de la dénomination des objets, d'un manque du mot propre. On peut voir apparaître une hypertonie musculaire diffuse et une amimie. Le scanner montre l'atrophie corticale fronto-temporale et l'atrophie de la tête du noyau caudé donnant un aspect globuleux à la corne frontale.

Les démences fronto-temporales

Ce type de démence se caractérise par un tableau clinique non homogène mais présentant des particularités le différenciant de la maladie d'Alzheimer.

Ces particularités relèvent de ce que l'on appelle traditionnellement le syndrome clinique frontal et expliquent que le diagnostic ne soit pas aisément envisagé, car manquent des troubles de la mémoire évidents, alors que les troubles du comportement évoquent une psychopathologie autonome.

Décrites par l'école suédoise de Lûnd, c'est-à-dire Gustafson et Brun, sous le terme de « Frontal lobe degeneration of non-Alzheimer Type », elles débutent autour de 54 ans et représentent la majorité des démences à symptomatologie frontale (*cf.* l'échelle de Lebert et Pasquier, pages 182-183).

Deux modes d'évolution ont été depuis longtemps isolés par Tissot et coll. (1985), qui avaient tenté des corrélations anatomo-cliniques. Nous en citerons les descriptions qui peuvent être utiles pour s'y retrouver sur le plan clinique :

– tableau initial de moria, avec irrégularité de l'humeur et amnésie antérograde. Puis l'ensemble évolue vers l'apragmatisme avec des épisodes logorrhéiques. On peut y retrouver des stéréotypies verbales avec palilalie, écholalie, mais aussi de la boulimie avec gloutonnerie ;
– tableau initial d'apragmatisme avec présentation pseudo-dépressive. Il n'existe pas de trouble mnésique. L'évolution du langage débute par de la dysarthrie, puis évolue vers le mutisme. On peut percevoir de la gloutonnerie, des troubles de la marche, des stéréotypies motrices, des signes extrapyramidaux.

❐ Circonstances de survenue

Le début des troubles est lent et insidieux, il se produit parfois chez un sujet qui est encore en activité professionnelle, ou qui, déjà à la retraite, garde une activité sociale appréciable.
Deux facteurs vont rendre la prise de conscience difficile :
– le sujet au sein de son activité va peut être commettre telle erreur, ou avoir un comportement curieux voire aberrant, mais le manque d'autocritique l'empêche d'en prendre réellement conscience, et d'en tirer la moindre conséquence ;
– quant à l'entourage, tant que l'acte demeure isolé, il sera banalisé ou mis seulement au rang des originalités du personnage :

- erreur professionnelle incompréhensible ;
- négligence grossière sans culpabilité ;
- négligence de l'hygiène corporelle ou vestimentaire ;
- négligence des convenances sociales du milieu fréquenté, écart de conduite, grossièreté surprenante, vol stupide, inconduite sexuelle, violence disproportionnée.

On est parfois surpris a posteriori que personne n'ait pris la mesure pathologique de ces troubles. C'est oublier que chacun ne peut aisément constater la répétition de ces actes, et qu'un acte isolé incongru ne permet pas de penser à une détérioration mentale puisqu'en général le sujet paraît normal en particulier sur le plan mémoire et orientation. Les erreurs majeures de raisonnement sont en fait assez difficiles à dépister et à explorer.
Au plus le trouble du comportement peut conduire en justice, ou dans un service de psychiatrie, et il sera alors facile de trouver une explication psychologique réactionnelle au trouble.

❐ L'examen clinique

Il devrait aller à la recherche d'autres perturbations.
Modification du comportement alimentaire, hyperorexie, le patient se met parfois à manger beaucoup, sans discernement de goût, il n'est pas rebuté par un produit avarié, il peut manger des substances non comestibles (pica), se laisser aller à toute lubie alimentaire, à une modification brusque

de la conduite tabagique ou de la consommation alcoolisée. Toutes ces modifications sont mal expliquées par le patient qui s'en tire parfois avec une banalité, par exemple, pour un vol « j'en avais besoin ».

Libération de certaines activités sexuelles qui paraissent en rupture avec le comportement habituel, réactivation inattendue des désirs sexuels, apparition d'exhibitionnisme, masturbation, tentative d'abus sexuel.

Affaiblissement du comportement professionnel avec répétition de certaines habitudes, incapacité de modifier ses conduites, de s'adapter, se cachant derrière la notion de fatigue, ou même de vagues idées de persécution « on lui en veut », « on cherche à lui nuire ».

Parfois c'est plutôt pour un trouble thymique qu'on poussera le patient à consulter.

***Un trouble dépressif.* –** L'entourage nomme fréquemment dépressif ce qui est plutôt de l'ordre de l'indifférence affective, de la labilité émotionnelle, de l'apathie. On lui prête des sentiments, ou de fortes peines qu'il ne ressent pas, par exemple à la suite d'un deuil.

On pourra parfois retrouver de l'amimie, de l'inertie motrice, un ralentissement psychomoteur.

On pourrait appeler ces états pseudo-dépressifs en constatant qu'en fait le noyau profond de tristesse et de douleur morale n'existe pas.

Il est même curieux de noter que le terme de dépression est employé parfois alors que les signes observables démontrent plutôt l'inverse, c'est-à-dire une excitation hypomaniaque.

***Un trouble hypomaniaque.* –** Il faut rattacher à cette série quelques éléments témoignant d'une désinhibition comportementale, avec instabilité psychomotrice, troubles émotionnels, passage des rires aux pleurs pour des motifs dérisoires.

La prise de conscience du trouble thymique, pas exactement dépressif, pas véritablement maniaque, doit faire penser à un syndrome démentiel et faire rechercher systématiquement des troubles peu apparents, masqués volontairement, ou sinon difficiles à appréhender.

– méconnaissance du trouble ; le sujet n'est pas apte à prendre un quelconque recul critique vis-à-vis de ses conduites ;
– troubles alimentaires, hyperphagie, collectionnisme, goûts et dégoûts soudains ;
– apparition de manies (au sens commun), c'est-à-dire des tics, des actes stéréotypés, un collectionnisme un tant soi peu ridicule ;
– un manque de soin et de propreté par rapport aux habitudes antérieures ;
– des errances et de longues pérégrinations sans but évident et sans désorientation spatiale ;
– des troubles du caractère avec impulsivité, irritabilité, colères, mal explicables et brusquement réversibles, cachant mal un appauvrissement intellectuel, une obsessionalisation, une rigidification et un manque d'intérêt vis-à-vis du monde extérieur.

Les démences séniles

La sénilité est l'âge de la révélation de l'immense majorité des démences puisque l'incidence va aller en croissant de 4 % entre 60 et 70 ans à 40 % au delà de 80 ans; il faut donc en tant que médecin être très attentif à cette éventualité. Mais nous devons aussi tirer des conséquences du fait que ce n'est en rien un diagnostic exclusif, puisqu'une majorité d'âgés sera préservée de la démence mais pourra être menacée d'autres troubles psychologiques. Les institutions où se s'accumulent une majorité de déments (de l'ordre des 2/3 des résidents) ne doivent pas céder à une politique de globalisation des conduites soignantes en direction des démences.

C'est dire qu'en ce qui concerne le diagnostic de démence et de sa forme étiologique surtout il faut savoir ne pas céder ni au trop ni au trop peu. On se demande aussi si certaines campagnes de sensibilisation ou de dépistage de la maladie d'Alzheimer ne contribuent pas, plutôt qu'à d'illusoires mesures préventives, à inquiéter sans motif les anxieux nosophobes et hypochondriaques. Il en est parfois de même des campagnes visant à entretenir et développer la mémoire défaillante des personnes âgées. Certaines frisent l'escroquerie et ne doivent pas être confondues avec la réalisation compétente et persévérante de diverses consultations spécialisées ou d'ateliers-mémoire dont les résultats suivis objectivement ne sont pas négligeables.

Nous envisagerons le diagnostic dans les différentes circonstances cliniques pratiques ou cela peut se poser et bien entendu nous prendrons comme modèle la démence type Alzheimer puisque cela demeure le diagnostic étiologique majeur, les formes différentes se réfèrent surtout à des critères anatomopathologiques, ce qui ne comporte pas obligatoirement d'importantes conséquences. Au contraire il apparaîtra au fur et à mesure des situations cliniques décrites le point le plus important des diagnostics différentiels c'est-à-dire de distinguer des tableaux cliniques ne répondant pas à un processus démentiel.

La possibilité d'un déficit cognitif

La plainte essentielle est celle qui touche à la mémoire, mais la notion de mémoire témoigne en fait d'un ensemble de difficultés intellectuelles où peuvent figurer des difficultés d'expression, des difficultés d'attention, un manque d'intérêt, etc.

Ce qui est le plus frappant, c'est que le patient vient rarement de lui-même consulter; ceci pose le vaste problème de l'anosognosie des troubles cognitifs qui est plus ou moins intense selon la forme prise par la maladie. L'anosognosie peut être complète avec déni des troubles et optimisme dans les formes avec atteinte frontale, ailleurs, et bien plus souvent, elle est partielle

laissant sourdre l'anxiété à propos des défaillances mnésiques et du risque de maladie.

L'âge où se révèlent des troubles perceptibles compte beaucoup.

S'il s'agit d'un jeune retraité, ou même d'un sujet poursuivant des activités professionnelles on se trouve dans une situation très proche de celle décrite dans les démences préséniles. Le sujet perçoit des erreurs, des trous de mémoire et autres difficultés qui ne se produisaient pas il y a quelques mois, parfois un ou deux ans auparavant.

Même face à ces difficultés dans les 2/3 des cas le patient ne s'en plaint pas, considère de lui-même que c'est normal à son âge, accuse le vieillissement et ne tient pas à ce que l'on aille plus avant. Il veut parfois, comme il le dit lui-même, seulement et rapidement être rassuré, il aimerait bien bénéficier d'un examen complémentaire, souvent il évoque le fait qu'on lui a conseillé un scanner cérébral.

D'autant qu'il faut d'emblée opposer ces déficits cognitifs de ceux dont viennent se plaindre très clairement ceux qu'on pourrait appeler **les alzheimérophobes.**

Ces personnes âgées encore actives viennent de leur propre initiative consulter à propos de leur mémoire, souvent elles viennent seules consulter leur généraliste, un neurologue plutôt qu'un psychiatre ; parfois, elles ont déjà acheté des ouvrages sur le vieillissement ou la mémoire. Il s'agit davantage de *pseudo-démences* en ce sens que le patient décrit des éléments correspondant à des déficits cognitifs et craint lui-même que la somme des déficits ne prouve en fait une démence débutante. Il parle plutôt d'Alzheimer, dans la mesure où le patient est souvent alerté par la diffusion du patronyme de cette maladie soit par une émission de télévision soit par un cas survenu chez un proche, ou tout simplement par la crainte de vieillir sur le plan cérébral et de « devenir gâteux ».

On comprend aisément qu'il faut prévoir une procédure diagnostique pour distinguer les différentes éventualités, mais non sans rassembler tous les arguments tirés du contexte clinique. Dans l'alzheimérophobie, le patient sait assez précisément depuis quand il note ces déficits, il sait parfois leur attribuer une cause (stress, maladie, perte d'un proche, difficultés relationnelles). Le patient se montre facilement anxieux, inquiet de son avenir et parfois même il admet qu'il se sent dépressif, fatigué, à bout.

Bien différente apparaît la situation lorsque **le patient est très âgé, peu autonome, isolé ou déjà en institution.** La réduction des activités cognitives est une réalité dont l'évolution est peu sensible et dont le patient ne se plaint que faiblement ; c'est plutôt l'entourage qui perçoit des déficits de plus en plus nets. Parfois, c'est à l'occasion d'un épisode témoignant d'une aggravation brutale ou plus souvent d'une mise en évidence critique d'une défaillance latente, qu'on peut en découvrir l'origine (fugue incompréhensible, erreur témoignant d'une désorientation spatiale grave, phase confusionnelle).

❐ Conditions de l'examen

Elles dépendent des situations cliniques que nous venons d'évoquer. Il ne faut pas d'emblée passer à un test qui apparaît comme une épreuve infantilisante et humiliante. Un entretien recherchant ce qui préoccupe le patient, s'adaptant à sa situation actuelle et aux raisons pour lesquelles l'examen a été demandé nous paraissent préférables.

L'examen appréciera l'existence de ces déficits de façon indirecte tout en recherchant principalement ce dont le patient se plaint et en notant justement s'il ne se plaint de rien, s'il minimise, s'il répond à côté en perdant le fil, s'il se montre triste, gai ou plutôt mutique et peu coopérant. Ensuite, seulement, on demandera de remplir les échelles, d'éventuels tests neuropsychologiques et les examens complémentaires.

Lors de l'examen clinique, mieux vaut éloigner pendant un certain temps l'accompagnant pour ne pas entraîner des interactions permanentes, soit des aides intempestives, soit des contestations des affirmations du patient. Puis on lui réservera un entretien personnel afin de rectifier certaines erreurs ou défaillances du parent et surtout révéler des troubles du comportement que celui-ci aurait omis plus ou moins volontairement de mentionner.

L'examen physique, en particulier neurologique, ne doit pas être négligé. Certes, il s'avère normal en cas de démence de type Alzheimer, ce qui la distingue des démences vasculaires ou avec signes extra-pyramidaux ; c'est aussi une occasion d'explorer les praxies et de rechercher l'apraxie réflexive qui apparaît précocement perturbée et à l'insu de chacun. Il faut pour cela demander au patient de reproduire en miroir, une position complexe des mains exécutée par l'examinateur (anneaux pouce-index entrecroisés, mains disposées en ailes de papillon).

L'examen clinique standardisé des fonctions cognitives emploie souvent actuellement le MMS qui explore la mémoire, l'orientation temporospatiale, le langage, le calcul et les praxies constructives. Le score maximal est de 30 points obtenus par le sujet normal, mais il peut être abaissé chez le sujet âgé ayant un niveau culturel faible ; 10 % des âgés de 50 à 80 ans peuvent avoir un score en-dessous de 25, considéré souvent comme le seuil indiquant une détérioration.

A l'inverse, des patients ayant une atteinte très légère, en particulier ceux avec localisation à prédominance frontale, peuvent répondre parfaitement aux questions. Ceci nous montre qu'on ne peut exagérer la valeur prédictive d'un score, surtout à la phase initiale. Nous rappellerons que les conditions dans lesquelles s'effectue l'examen comptent également. On ne peut donc utiliser le score comme une vérité objective indiscutable. C'est pourquoi il sera utile parfois d'utiliser des évaluations psychométriques plus précises.

❒ La mesure du niveau intellectuel

C'est à l'origine la méthode qui a permis de chiffrer et donc de préciser la notion de détérioration intellectuelle physiologique (en rapport avec le vieillissement) et de la distinguer de celle pathologique des démences.
L'échelle de Wechsler (Wais-R) est la plus répandue pour les adultes. Il s'agit d'une suite de 12 tests étalonnés jusqu'au grand âge. Le score total est transformé en quotient intellectuel par rapport à la moyenne fixée à 100 et apprécié par rapport au niveau socio-culturel de la vie d'adulte (milieu, diplôme, métier). Puis des scores sont établis à partir des tests verbaux (ceux qui tiennent, c'est à dire qui sont peu influencés par l'âge et le vieillissement cérébral) et des tests non verbaux (quotient performance). La différence entre le quotient verbal et le quotient performance représente la détérioration liée au déclin intellectuel de l'âge.
Lorsque la détérioration dépasse ce seuil « physiologique », on entre dans le domaine de la pathologie donc, éventuellement, dans celui de la démence. En fait, il ne faut jamais oublier que la détérioration dont on parle est celle des performances et qu'il n'est pas possible d'en déduire la détérioration de la machine cérébrale elle-même. Si bien que ces tests, bien que longs et pénibles à faire passer (ils nécessitent la coopération sans faille du patient, une connaissance correcte antérieure de la langue dans laquelle est pratiquée le test), ne sont pas véritablement décisifs dans les zones limites qu'ils cherchent à explorer. Une de leurs indications est justement le diagnostic des pseudo-démences avec phobie de la maladie d'Alzheimer ou les syndromes dépressifs comportant des défaillances cognitives et des craintes du patient à propos de sa propre défaillance cérébrale. Il est rassurant de pouvoir constater que le niveau intellectuel ne montre aucun signe de détérioration. A l'inverse, bien souvent, de tels tests ne se montrent pas adaptés pour examiner les sujets âgés pouvant présenter une détérioration et trancher en faveur d'une atteinte démentielle. On préfère utiliser quelques subtests comme le vocabulaire, le code, les similitudes.
On a proposé le test progressif des matrices de Raven, qui cherche à faire trouver au patient la pièce qui viendra compléter de façon logique un ensemble de figures géométriques.

❒ L'évaluation psychométrique

Elle fait appel à des tests plus spécifiques de telle ou telle fonction et mieux adaptés aux personnes âgées. Dépister un affaiblissement cognitif chez un sujet âgé ne doit pas être un but en soi, cela doit plutôt être l'occasion :
– de repérer ce qui n'est pas un affaiblissement cognitif franchement pathologique ;
– ce qui est un affaiblissement éventuellement transitoire et réversible ;
– ce qui est très probablement un affaiblissement pathologique et ce qui compte alors c'est la prudence et la mise en œuvre de la surveillance de l'évolution.

L'estimation doit être faite par des psychologues compétents en psychométrie du sujet âgé, ce qui explique leur difficulté de mise en œuvre. Les tests doivent être pratiqués pour répondre à des questions précises.

1. L'évaluation du langage.

2. L'évaluation de l'attention et de la concentration intellectuelle : elle comporte des tâches répétitives simples comme le test de barrage de Zazzo ou bien le trail making test, qui consiste à relier dans l'ordre des signes disposés de façon aléatoire ;

3. Les tests de mémoire : alors que l'échelle de mémoire de Wechsler révisée est d'une passation prolongée et peu adaptée au sujet âgé, sans équilibre des items verbaux et non verbaux, il existe des tests d'apprentissage verbal mieux adaptés comme le California Verbal Learning Test (CVLT), en particulier pour tester des sujets de bon niveau intellectuel qui présente une détérioration débutante.

4. L'évaluation des capacités visuo-spatiales et praxiques : on peut utiliser le test de discrimination visuelle des formes de Benton, qui permet d'évaluer la discrimination des figures visuelles complexes. Les capacités visuo-constructives sont évaluées par la copie de figures géométriques complexes (cube, figure de Rey) ou par l'épreuve des cubes de la Wais-R. Les praxies gestuelles sont explorées par la réalisation de gestes sur commande puis par imitation, enfin, par l'exploration de la manipulation d'objets réels.

❐ Diagnostic et évolution

Au terme de cette démarche diagnostique, on se trouve en présence de multiples arguments qui peuvent être rassemblés de la façon suivante :

1. Le patient souffre depuis plusieurs mois de déficits cognitifs dépassant de simples défaillances de mémoire (au sens le plus étroit du terme). Ces déficits sont apparus et se sont complétés progressivement même s'il y a eu des épisodes plus ou moins critiques.

2. L'examen général et neurologique du patient ne montre aucun signe de localisation témoignant d'une lésion cérébrale focalisée. Il n'existe pas de signe particulier en faveur d'une affection vasculaire ou d'un trouble extrapyramidal. Il n'y a pas d'argument en faveur d'une lésion centrale et les examens complémentaires (EEG, scanner, IRM) ne montrent pas de signe en faveur d'une localisation quelconque.

3. Les déficits cognitifs ont été confirmés de façon qualitative et quantitative en fonction des moyens dont on dispose, au minimum le MMS.

4. Il est décidé de suivre l'évolution de l'état clinique du patient, afin de le prendre en charge lui et son entourage, de les aider à vivre ensemble et à maintenir une autonomie actuellement encore très favorable. Une thérapeutique procholinergique peut être décidée, ce qui permet de suivre régulièrement le patient. La confirmation du diagnostic viendra de cette évolution progressive, régulière et plus ou moins rapide. En effet on peut identifier

des patients à déclin cognitif rapide, perte de trois points au MMS en 6 mois à 1 an (Soto, 2005) alors que le traitement paraît inefficace.

Un tableau apparenté au syndrome dépressif

Dans l'hypothèse que nous envisageons, le patient présente un ensemble de signes qui peuvent évoquer un syndrome dépressif ; chez le sujet âgé, il faut toujours évoquer la possibilité d'une atteinte cognitive et de sa signification.

• Les syndromes pseudo-dépressifs

Le patient présente des symptômes dépressifs et parfois même il a pu être mis sous traitement ; un nouvel examen peut montrer que les signes psychologiques peuvent être perçus et interprétés autrement :
– le patient ne se plaint pas beaucoup de sa tristesse, il se montre plus indifférent et passif que dépressif ;
– une tentative de suicide impulsive peut s'avérer bizarre dans sa réalisation puis niée ou oubliée ensuite ;
– on peut noter une passivité et un apragmatisme, peu d'anxiété, une hypersomnie avec conservation de l'appétit ;
– surtout la baisse de l'efficience intellectuelle et la perte du goût pour les activités intellectuelles ne font pas l'objet de plaintes mais on note une lente dégradation des capacités cognitives.
Parfois, on peut retrouver quelques idées délirantes paranoïaques ou hypocondriaques. Surtout, il faut tenir compte de la résistance au traitement antidépresseur à fortes doses et rechercher les éléments démontrant que ce tableau pseudo-dépressif se comprend mieux du fait de l'évolution d'une détérioration cérébrale.

• La pseudo-démence dépressive

Certains patients peuvent présenter de façon rapidement progressive, mais inopinément, des éléments témoignant d'une atteinte détériorative :
– désorientation temporospatiale,
– perte des objets,
– erreurs grossières des conduites,
– fausses reconnaissances,
– agitation nocturne, insomnie,
– perte des urines,
– réactions d'angoisse et de catastrophe,
– mutisme et agressivité.
Ces comportements peuvent survenir dans les suites d'un accident, d'une intervention chirurgicale, d'une maladie infectieuse, d'un conflit relationnel grave, et il n'est pas facile d'apprécier les éléments centraux d'un syndrome dépressif, c'est à dire la tristesse et une anxiété qui lui soit liée ; le patient n'est souvent pas en état d'exprimer un pessimisme affectif !

Il est difficile d'apprécier dans un état quasiment aigu proche d'un syndrome confusionnel, le niveau exact du MMS qui peut paraître exagérément effondré.

Même l'existence d'une discrète atrophie cérébrale au scanner n'est pas décisive.

On se fondera donc sur l'état antérieur pouvant évoquer un épisode dépressif (dires de l'entourage, existence de quelques éléments d'autodépréciation ou de culpabilité), pour ne pas éliminer la possibilité d'un état dépressif et de débuter un traitement antidépresseur. Ici, souvent, la sismothérapie garde tous ses avantages d'efficacité et de rapidité. On peut avoir la surprise heureuse de voir disparaître les éléments détérioratifs qui dévoilent ainsi leur signification dépressive.

Cette bonne récupération sous-traitement est une caractéristique de la pseudo-démence ; parfois, à l'issue de l'épisode, des tests cognitifs peuvent confirmer un certain déficit, ce qui montre que la situation est en fait complexe.

• Mode d'approche

Quelles que soient les conditions cliniques effectivement rencontrées et les initiatives qui ont été déjà prises, il faut faire un bilan clinique :

– regroupant la sémiologie exacte, c'est à dire les éléments constatés lors d'un entretien soigneux tant sur le plan dépressif que détérioratif ;

– recherchant si l'épisode a un début relativement récent que l'entourage peut préciser, et éventuellement rattacher à une cause localisable ;

– l'absence de tout antécédent dépressif et la survenue d'un tel tableau sans cause perceptible, va à l'encontre d'une première poussée à un âge très tardif ;

– de même, l'absence d'anxiété, d'insomnie, de retentissement sur l'appétit et d'amaigrissement préalable va contre la dépression.

Il apparaît souvent difficile dans ces situations de mettre en œuvre une psychométrie spécialisée, c'est dire que faire passer le MMS est une des seules épreuves réalisables. Mais dans le score obtenu, il faut tenir compte de la compliance du sujet à l'épreuve, de son niveau socio-culturel et du fait qu'une anxiété et une dépression d'allure sévère peuvent abaisser le score. Si le sujet est d'un bon niveau, un score de 22 à 24 est suspect d'une détérioration organique, et pas seulement fonctionnellement liée à la dépression ; un score en dessous de 18 laisse envisager une détérioration organique.

On comprend qu'aucun score ne permet d'affirmer la démence mais constitue plutôt un indice à confronter avec l'évolution.

Le scanner ou l'IRM peuvent avoir une valeur dans le but d'affirmer une atrophie corticale diffuse ou localisée, une dilatation ventriculaire, mais ces symptômes ont de moins en moins de valeur décisive avec l'âge ; à l'inverse une démence dégénérative au début peut ne pas entraîner d'atrophie nettement pathologique. Ces examens restent en tous cas importants pour éli-

miner une cause cérébrale éventuellement curable (hématome sous dural, hydrocéphalie à pression normale).

• Conduite thérapeutique et évolution

Quel que soit le contexte détérioratif dans lequel on perçoit les éléments dépressifs, il est précieux de mettre en route un traitement antidépresseur ; il est judicieux d'avoir procédé préalablement à une appréciation quantitative dans deux dimensions principales, détériorative et dépressive.

Le premier traitement proposé sera un antidépresseur non tricyclique dont on pourra orienter le choix en fonction de l'état plus ou moins anxieux du patient. Il faut se méfier de toute prescription associée d'anxiolytique, pour ne pas risquer d'augmenter une note confusionnelle.

La dose choisie en fonction de l'âge du patient et de son état physiologique sera augmentée secondairement en fonction des effets obtenus et si la bonne tolérance se confirme. On est en droit d'exiger des effets positifs partiels en une dizaine de jours et un effet très favorable en 3 semaines, 1 mois. Le traitement à bonne dose ne doit pas être poursuivi plus de 6 semaines en cas d'inefficacité ou d'un effet positif initial rapidement non confirmé ensuite.

En cas d'échec, il faut d'abord réapprécier la symptomatologie. Ne s'agit-il pas d'un tableau pseudodépressif, c'est à dire comportant apragmatisme, indifférence et manque d'initiative plutôt que d'une véritable perturbation thymique. Deux possibilités s'offrent alors :

– soit changer d'antidépresseur et choisir une catégorie chimique et un mode d'action biochimique différents ;

– soit proposer un traitement par électroconvulsivothérapie, bien entendu après acceptation du patient et de sa famille et lorsqu'on dispose des conditions techniques nécessaires.

L'appréciation que l'on doit faire de cette épreuve thérapeutique est fondamentale :

– au mieux, le traitement entraîne la guérison de la dépression et la disparition des éléments détérioratifs. En ce cas, il est souhaitable de faire un bilan psychométrique précis lors de cette phase de récupération ;

– au pire, le traitement ne modifie pas la symptomatologie et l'on peut envisager, certes, une dépression résistante mais aussi, ce qui est le plus probable, l'existence d'éléments pseudo-dépressifs au sein de la détérioration, laquelle ne fera que de s'accentuer apportant la confirmation du diagnostic ;

– sinon, de façon plus nuancée, l'amélioration ne sera que partielle et passagère, témoignant d'un épisode dysthymique au cours de l'évolution de la démence.

Syndrome confusionnel

Il est très courant surtout en milieu hospitalier que le premier contact avec une démence jusqu'alors inconnue se fasse par le biais du déclenchement d'un syndrome confusionnel. En effet, il s'agit d'un état pathologique aigu survenu brutalement ou de façon progressivement croissante qui fait d'un vieillard auparavant à peu près normal un grand malade ayant apparemment perdu la raison.

Cela peut se produire dans les suites :

– d'une maladie infectieuse, pneumopathie, infection urinaire, ou d'une défaillance métabolique ;

– parfois dans les suites opératoires d'une intervention viscérale ou orthopédique ; il peut s'agir d'une fracture du membre supérieur ou inférieur, d'une simple chute sans fracture mais avec maintien au sol prolongé ;

– parfois il peut s'agir seulement d'un traumatisme psychologique, conflit avec des proches, craintes de décisions à prendre, agression psychologique ou physique ou même atteinte aux biens.

Le syndrome confusionnel commence à se révéler vis à vis de l'entourage ou bien en milieu hospitalier, voire dans une maison de retraite, par de l'agitation à prédominance nocturne ; le patient se lève en pleine nuit, veut sortir, fait du bruit, tombe, crie, se prend de querelle. En effet, très souvent apparaissent les troubles du rythme sommeil/veille, somnolence diurne, veille de mauvaise qualité, insomnie, réveils multiples avec agitation, onirisme et idées délirantes.

Lors de l'examen clinique, on perçoit bien :

– qu'il existe une désorientation temporospatiale ;

– des propos confus, masqués par la difficulté de s'exprimer, de garder le fil de la pensée, de maintenir son attention ;

– parfois il peut réagir avec colère marquant son incompréhension, il veut retourner à son domicile, partir à son travail, il ne reconnaît plus son entourage.

L'important est de ne pas porter le diagnostic de démence mais d'état confusionnel qui peut être secondaire à une cause externe.

Pourtant, il est nécessaire de se renseigner sur l'état psychique antérieur du patient. Parfois l'entourage est tout étonné, il allait très bien, dynamique, gai, personne ne suspectait la possibilité d'une atteinte cérébrale, mais il est bien possible qu'on finisse par se rendre compte qu'il existait de petits signes avec troubles de la mémoire, baisse de l'activité intellectuelle. Ceci oriente alors vers la possibilité que la confusion ne vienne compliquer une atteinte cognitive débutante et qui n'avait pas été reconnue. Il faut signaler qu'un tel épisode confusionnel peut venir compliquer un état démentiel confirmé et qui paraissait stabilisé jusqu'alors.

• Diagnostic

Devant un état confusionnel, deux diagnostics successifs et différents sont à faire :

– l'un concerne la cause immédiate déclenchante et nécessite souvent un traitement médical de rééquilibration quasi-biologique ;

– l'autre concerne la cause sous-jacente éventuellement cérébrale et est en fait secondaire, après le traitement de l'épisode aigu lui-même.

• Conduite thérapeutique

Des soins attentifs sont nécessaires lors d'un épisode confusionnel, et il faut normalement prévoir une hospitalisation, d'une part parce qu'il existe un contexte médical ou chirurgical qui réclame des soins spécialisés, d'autre part du fait qu'il faut prévoir des locaux adaptés avec un personnel compétent et la possibilité d'appliquer et de suivre les résultats d'une chimiothérapie psychotrope.

• L'évolution

Le traitement doit être minutieusement surveillé. En effet le risque létal d'un épisode confusionnel est d'autant plus important que le sujet est âgé et que la cause déclenchante est grave par elle-même.

Le traitement attentif d'un tel épisode doit normalement obtenir une amélioration très progressive, marquée en pratique par la récupération du rythme veille/sommeil normal. Ensuite, un bilan complet doit être réalisé, à la recherche des éléments diagnostiques d'une démence éventuelle, c'est à dire non seulement l'examen clinique mais aussi les explorations encéphaliques ; un bilan psychométrique s'avère particulièrement nécessaire dans un tel cas.

Un état délirant

❒ Circonstances de découverte

Il est assez courant qu'un patient apparemment indemne de toute affection médicale soit amené à une consultation ou, plus souvent encore, aux urgences pour troubles du comportement. Il est bien rare que le patient soit directement désigné comme présentant des idées délirantes car il est moins facile qu'on pourrait le croire, surtout pour l'entourage, de les identifier comme telles.

• Les thèmes de persécution

Ils sont fréquents. Le patient âgé peut se plaindre de malveillances de l'entourage, de vols parfois anodins, de dégradations de son habitation, de disparition de sommes d'argent, de méchancetés colportées sur son compte. On comprend que l'entourage (parfois mis en cause) ne sait à quoi s'en tenir et reste prudent, ou bien au contraire proteste avec véhémence.

• Les processus hallucinatoires

Le patient peut signaler le passage de personnages, de lumières, de modifications bizarres de l'environnement, parfois même de sons ou de paroles transmises à distance par des appareils divers.

❒ Conduite de l'examen

Il faut se mettre en situation de découvrir derrière ces affirmations plus ou moins contradictoires ce qui relève réellement de convictions délirantes. Pour cela il faut confronter ce que le patient a pu dire autour de lui, comment il s'est comporté, et ce qu'il dit lui-même maintenant de ce qui se passe et de ce qui l'inquiète. Il faut se méfier des interprétations des uns et des autres pour en venir à une description précise des faits.

Comme il est bien connu et très redouté que les personnes âgées isolées ne soient victimes de vols et de malveillances, on est souvent tenté d'accorder une écoute très favorable aux plaintes dans ce domaine. Mais en fait, il est assez facile de distinguer les idées délirantes qui évoquent des faits délictueux minimes, répétitifs, et sans auteur dépistable.

Les hallucinations répondent assez souvent à ce que nous avons défini comme des hallucinoses et où, nous l'avons vu, la conviction du patient est fluctuante et incertaine. Parfois ces hallucinoses viennent renforcer les convictions délirantes de préjudice, par exemple des personnages pénétrant dans la maison on ne sait comment et commettant des petits vols ou de simples malveillances.

• Le contexte déficitaire

A l'occasion de cet entretien, on peut commencer à percevoir s'il existe des troubles de mémoire, des difficultés de raisonnement logique, des troubles du cours de la pensée, des difficultés de l'expression. Il faut ensuite faire passer un examen systématique par exemple le MMS quand le sujet est apte à y apporter son attention.

• L'avis de l'entourage

Une fois cet élément acquis, on peut orienter les questions pour permettre à l'entourage de révéler ce qu'il avait perçu plus ou moins clairement, par exemple, la personne âgée montrait depuis quelques mois des défaillances intellectuelles, des perturbations du caractère, une dégradation de son autonomie dans la vie quotidienne. Parfois des difficultés relationnelles sont venues perturber le patient dans les jours ou les semaines précédentes et il n'était pas toujours tenu compte de la possibilité de troubles psychopathologiques.

• Diagnostic

Faire le lien entre les phénomènes délirants et l'existence d'une démence sous-jacente est donc la première étape. Ces phénomènes existent au

cours de phases relativement brèves qui correspondent à des périodes de décompensation.

Il faut pourtant distinguer des troubles qui atteignent les sujet âgé (délires chroniques dont les thèmes sont voisins, mais nettement plus prolongés évoluant souvent depuis des années).

Dans quelques cas les phénomènes délirants d'apparition récente peuvent être reliés à un épisode dépressif surtout pour les thèmes de persécution ou le patient se sent en but à un entourage hostile et se montre lui-même anxieux et coléreux.

Leur valeur symptomatique est également notable :

– les thèmes de persécution sont fréquents dans le cadre de la démence de type Alzheimer ;

– les phénomènes d'hallucinose sont décrits surtout dans la démence de la maladie de Parkinson, et dans la démence à corps de Lewy.

• Conduite à tenir et évolution

Nous avons vu que les thèmes délirants étaient fréquemment à l'origine de troubles du comportement entraînant des perturbations dans la vie à domicile, en couple ou isolément (avec perte de l'autonomie), ou dans la vie en institution (bruits, conflits avec les pensionnaires, fugue).

Il est donc souvent nécessaire de proposer un séjour en milieu hospitalier, parfois sous un prétexte médical, pour permettre une mise à distance, une observation soigneuse,des actes diagnostiques et des mesures thérapeutiques.

Il est souvent utile de prescrire un traitement adapté à la situation, antidépresseur si besoin, anxiolytiques pour les hallucinoses, neuroleptiques sédatifs à faibles doses pour les idées de persécution.

L'évolution sera suivie jusqu'à la résolution des symptômes et la prise en compte du degré de détérioration cognitive. Ultérieurement, on prendra les mesures nécessaires pour adapter la vie du patient, du fait de l'existence d'une démence sous-jacente et de la possibilité de troubles du comportement. Tout cela justifie la mise en place d'une surveillance médicale et de mesures thérapeutiques adaptées.

Les troubles caractériels ou troubles de la personnalité

Les deux vocables sont souvent employés dans le langage courant de façon équivalente et il n'est pas sûr que les tentatives de précision entraînent plus d'efficacité même chez les spécialistes. Même en considérant que la personnalité d'un individu est constituée par les grandes tendances fondamentales de son être affectif et mental et que le caractère en est la traduction superficielle dans la vie de tous les jours, il n'est pas sûr que le problème soit facile à trancher et surtout en matière de démence. La modification de la personnalité est un des critères retenus en faveur d'un diagnostic de démence de type Alzheimer, et ce critère dépend en fait du jugement de

l'entourage. Qu'il y ait modification, chacun en tombe aisément d'accord, bien que de nombreux proches plaident souvent pour la perspective des mêmes troubles du comportement en faveur du fait : « il a toujours été comme çà ». C'est-à-dire que les colères, l'irritabilité, l'entêtement dans certaines conduites ou certaines préoccupations sont considérées comme ayant toujours fait partie du personnage.

A l'inverse, divers comportements seront désignés comme un changement de personnalité, apathie, manque de dynamisme, indifférence affective, perte brutale d'intérêt pour une activité autrefois essentielle. Mais ces éléments représentent en fait la traduction immédiate sur la vie relationnelle du déficit cognitif et non un véritable changement de personnalité.

Il reste un élément qui paraît plus directement en rapport avec le développement de la démence, mais ayant une autonomie par rapport aux déficits cognitifs, c'est l'existence de troubles caractériels. Il s'agit d'une modification du « métabolisme de l'angoisse ».

En effet, plutôt que de parler d'une façon vague d'une modification de la personnalité, c'est plutôt d'une incapacité à maîtriser l'anxiété qu'il s'agit, surtout notable face aux petits incidents de la vie courante : intolérance à l'attente, piétinement avant un départ, préparatifs inappropriés avec fixation sur un détail ; les contrariétés prennent alors de l'ampleur avec colères, bouderies, propos injurieux. Un vieillard connu pour sa politesse, sa pruderie, lâche alors des jurons ou des insanités surprenantes.

On mettra à part le cas où le sujet réagit en fait de façon explicite ou implicite à une manifestation de ses déficits intellectuels, trou de mémoire, perte d'un objet, erreur évidente d'orientation, et où cette défaillance vient casser le rempart protecteur du déni. Mais l'entourage, même bien intentionné, peut souvent jouer ce rôle, pour venir appuyer sur la blessure et devant des défaillances répétées réagir de façon cruellement acerbe : « tu l'as déjà dit, tu radotes ; tu ne te souviens de rien ; tu ne sais même pas où tu es ; tu perds la tête ». Le patient cherche souvent à négliger ces remarques, mais bientôt, il pourra éclater dans une colère brutale ou dans une crise émotionnelle qui sera réputée sans cause. Il est possible qu'une telle crise se termine dans une phase confusionnelle.

Mais ces crises peuvent sembler effectivement sans cause connue ou même ne pas apparaître aux yeux du médecin lui-même. Il faut être attentif à l'expression du patient qui peut montrer une tension douloureuse, des préoccupations pénibles.

Bien souvent, le seul recours est une expression corporelle, à laquelle il faut être très attentif pour être capable de la rattacher à une crise émotionnelle aigüe, en fait très proche d'une crise de panique.

Il peut s'agir de cris, de tremblements, gesticulations pouvant se terminer par :

– un malaise, une chute ou un glissement à terre,
– une crise de polypnée souvent considérée comme « asthmatique »,

– des poussées de douleurs digestives, aérophagie, coliques au sein de préoccupations au sujet de la constipation,
– des crises de pollakiurie diurne et nocturne avec douleurs et envies très urgentes pouvant se terminer par des pertes d'urine ou une impossibilité d'uriner.

Il peut s'agir de douleurs corporelles périphériques incompréhensibles rattachées parfois aux rhumatismes, à l'arthrose, à une sciatique ou une artérite.

C'est l'occasion de signaler que lorsque ces manifestations sont spectaculaires et s'avèrent sans substratum organique, on parle souvent de crises hystériques.

On comprendra que l'important sera de rattacher ces manifestations aiguës à ce qui les rend possible, c'est-à-dire les perturbations caractérielles, elles-mêmes témoins de l'affaiblissement cognitif.

En somme, lors des troubles caractériels ou perturbations de la personnalité, on doit comprendre qu'il s'agit en fait de troubles anxieux plus ou moins cachés peu exprimés et à expression corporelle. L'anxiété est souvent réactionnelle, inappropriée, brutale, mal explicitée ; elle peut se résoudre rapidement ou croître jusqu'à la confusion mentale. Ce sont tous ces caractères inhabituels qui devront faire se poser des questions au clinicien.

Le rôle des examens complémentaires

Bien que nous ayons insisté sur l'importance de l'examen clinique et sur la nécessité d'en tirer le maximum d'éléments, il faut utiliser les examens complémentaires à bon escient.

❒ Doppler des artères cervicales à destinée cérébrale

Cet examen, associé à l'échotomographie permet d'apprécier :
– les flux sanguins : résistance artérielle, accélération des flux, turbulence, sens du courant de l'ophtalmique, valeur fonctionnelle du polygone de Willis;
– l'état des parois des artères intéressées : plaque d'athérome et sténose de la lumière artérielle.

Toutefois, si l'état du système vasculaire examiné peut apporter des éléments de suspicion de complications cérébrales, il ne permet pas d'affirmer la nature artériopathique de la démence.

❒ Électroencéphalogramme

Dans sa forme classique, l'EEG est assez décevant. Il peut montrer au cours des démences :
– un ralentissement du rythme de base;
– des bouffées σ ou Δ pouvant envahir le tracé;

– des foyers plus ou moins stables d'ondes lentes;
– quelques rares cas de bouffées paroxystiques.

Il n'est pas possible de tenir compte des EEG normaux dans la mesure où ils sont tout à fait compatibles avec une démence débutante ou même une forme assez avancée.

L'électroencéphalogramme quantifié (traitement du signal bio-électrique pour étudier la répartition énergétique en fonction de la fréquence de ses composantes). Claude Sebban l'a proposé pour mieux étudier la répartition des énergies dans les basses fréquences en fonction des capacités d'éveil et d'attention selon le degré de la détérioration intellectuelle. En fait, cet examen donne de précieuses indications, en particulier dans les perturbations du fonctionnement bio-électrique dans les syndromes frontaux.

❐ Scanographie et résonance magnétique nucléaire (RMN ou IRM)

Demander un scanner cérébral est maintenant une décision très précoce, mais cela ne doit pas éviter un bon examen clinique. L'IRM encéphalique est un examen précieux qui ne peut être effectué qu'à distance d'une phase de perturbation et d'agitation psychiques. Deux types d'informations diagnostiques sont espérées.

• Diagnostic différentiel

Il s'agit de ne pas passer à côté du diagnostic de certaines détériorations intellectuelles d'origine organique éventuellement curables :
– tumeurs cérébrales (méningiome, gliome ou métastase);
– hydrocéphalie à pression normale;
– hématomes sous-duraux chroniques.

En cas d'examen complémentaire normal, ce qui est tout à fait compatible avec une démence débutante, il faut poursuivre les examens cliniques ou certaines investigations pour réenvisager le problème d'une pseudo-démence dépressive, endocrinienne ou métabolique.

• Diagnostic positif

Les démences primitives de type Alzheimer montrent une atrophie cérébrale qui peut être perçue tant par la largeur des sillons corticaux et des scissures interhémisphérique et de Sylvius que par la diminution d'épaisseur du cortex jugée par exemple dans la zone temporale : augmentation de la taille des cornes temporales et frontales des ventricules latéraux, augmentation de la largeur du troisième ventricule; il n'existe pas d'anomalie évidente du parenchyme cérébral, bien qu'on puisse noter parfois des hypodensités périventriculaires.

Si, de façon générale, on note une nette augmentation de l'atrophie cérébrale dans la maladie d'Alzheimer parallèle à la détérioration intellectuelle et à la durée d'évolution, il faut savoir qu'il existe une atrophie cérébrale

physiologique liée à l'âge (à partir de 60 ans) sans pathologie cognitive évidente et que probablement autour de 40 % des cas (Drayer et coll., 1985) de maladie type Alzheimer sont sans atrophie dépistable, au moins au début. Il est plus fructueux d'étudier sur des coupes l'atrophie hippocampique.

Le rôle des tests neuro-psychologiques

Aucune méthode n'est, finalement, mieux adaptée ou plus sensible pour apprécier la détérioration intellectuelle que celle visant à mettre en évidence par des épreuves l'activité intellectuelle elle-même. En revanche, il n'existe aucun moyen pour distinguer aisément la cause de la baisse d'efficacité intellectuelle :

– détérioration physiologique en fonction de l'âge, variable d'un sujet à l'autre;

– détérioration pathologique qui peut être liée à un trouble fonctionnel psychologique ou à un trouble organique qui peut être réversible, donc de durée limitée, ou irréversible témoignant réellement alors d'une démence progressive.

Les tests doivent être pratiqués par des neuropsychologues avertis, ce qui limite leur utilisation courante à des essais thérapeutiques ou à des travaux de recherche.

On a proposé des tests de dépistage en employant des épreuves sur écran électronique avec calcul automatique du degré de détérioration. Cependant, il faut réfléchir à l'intérêt de fournir ces chiffres de détérioration en pâture au médecin, au malade et/ou à sa famille. Un tel chiffre est dangereux dans la mesure où sa signification est complexe et du fait qu'il n'existe guère de mesure pratique curative ou préventive à en déduire. L'appréciation de la détérioration intellectuelle doit plutôt être réservée aux cas dont on assure la totalité de la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Les épreuves de psychométrie peuvent être divisées en deux groupes :

1) Les épreuves de connaissances générales ou de raisonnement intuitif. Ce sont les épreuves qui « tiennent », c'est-à-dire celles qui sont le moins sensibles au vieillissement physiologique et même à la détérioration pathologique. Il s'agit des épreuves :

– d'information générale;
– de vocabulaire;
– de réponse à des questions de bon sens;
– de complément d'images (silhouettes) ou d'objets (puzzles).

2) Les épreuves faisant intervenir le raisonnement discursif et l'attention soutenue. Ces épreuves « ne tiennent pas », c'est-à-dire qu'elles sont sensibles au vieillissement intellectuel et à la détérioration pathologique :

– calcul mental;
– test d'application d'un code;
– recherche de similitudes entre des figures géométriques;
– reproduction de figures géométriques.

L'écart entre les scores obtenus aux tests qui « tiennent » et ceux qui « ne tiennent pas » permet de prévoir la possibilité d'une détérioration pathologique, mais on ne peut en affirmer le caractère organique et irréversible.
3) Enfin, il faut signaler des tests à valeur plus spécifique :
– test de répétition de chiffres dans l'échelle de Wechsler pour évaluer les capacités de la mémoire immédiate;
– test de barrage de Toulouse Piéron qui évalue les capacités d'attention et de rapidité de la mise en œuvre intellectuelle;
– test de rétention visuelle de Benton au cours duquel la reproduction de figures géométriques entraîne des erreurs pathognomoniques de lésions cérébrales;
– test projectif de Rorschach dont certaines réponses sont considérées comme caractéristique d'une atteinte cérébrale. Elles peuvent être de ce fait évocatrices devant une baisse d'efficacité intellectuelle à l'aube du 3e âge;
– masquage visuel rétroactif fondé sur la perturbation d'un stimulus visuel par la survenue d'un second stimulus. Cette épreuve a été adaptée et automatisée pour se dérouler sur l'écran d'un micro-ordinateur (C. Sebban). Les résultats expriment la rapidité maximale des processus cérébraux d'identification d'un message; ils sont liés également à la capacité d'attention et globalement à la gravité de l'affaiblissement intellectuel.

• Échelles d'évaluation

Il a été proposé de multiples échelles d'évaluation avec des objectifs souvent bien différents. Nous n'en choisirons que trois parmi les plus utilisées actuellement. Il est vrai que leur intérêt est souvent de systématiser les travaux en matière de démence et de permettre leur comparabilité internationale.

***Test d'appréciation du déficit intellectuel : le Mini Mental State de Folstein (1975)* (*cf.* tableau 5-3)**

Le MMS est le test courant le plus employé dans un exercice clinique quotidien. Il ne faut pas tomber dans la facilité, et toujours s'assurer des conditions dans lesquelles se passe le test afin de l'appliquer avec rigueur.
Cela étant, il reste dépendant du niveau intellectuel et des acquisitions scolaires, données qui dépendent des diverses générations et des catégories socio-culturelles auxquelles appartiennent les sujets.
L'épreuve dite « attention et calcul » entraîne très vite une baisse injustifiée de 5 points, chute qui n'est pas très indicative d'une détérioration mais des capacités de calcul mental.
Enfin, il faut être très attentif au moment où est pratiqué le test, ne pas tenir compte de la détérioration d'un syndrome aigu confusionnel ou de toute situation de grande anxiété ou de bouleversement psychologique.
Il faut que la personne ait pris ses marques dans un service et ne soit pas perturbée par une maladie somatique ou psychique en évolution.
Il ne faut pas répéter exagérément le nombre de tests.

Tableau 5-3. *– Mini Mental State (MMS) (d'après Folstein).*

Réponse exacte = 1, réponse fausse ou pas de réponse = 0
1. Orientation
Quelle est la date d'aujourd'hui ? En quelle année sommes-nous ? En quel mois sommes-nous ? Quel jour sommes-nous ? Savez-vous aussi en quelle saison nous sommes ? Pouvez-vous également me dire le nom de cet hôpital ? A quel étage sommes-nous ? Dans quelle ville ou localité nous trouvons-nous ? Dans quelle province sommes-nous ? Dans quel département sommes-nous ?
2. Mémoire immédiate
Dites au sujet que vous voulez tester sa mémoire. Puis dites clairement et lentement : « ballon », « drapeau », « arbre », (environ 1 seconde pour chaque mot). Ceci fait, demandez au sujet de répéter ces mots. La première répétition détermine son score (0-3), mais continuez à lui dire les 3 mots jusqu'à ce qu'il (elle) puisse les répéter ; arrêtez après 6 essais. S'il (elle) n'est pas capable de retenir les 3 mots, la mémoire ne peut être correctement testée. « Ballon » « Drapeau » « Arbre »
3. Attention et calcul
Demandez au sujet de commencer à 100 et de compter à rebours en soustrayant 7 à chaque fois. Arrêtez après 5 soustractions (93, 86, 79, 72, 65). « 93 » « 86 » « 79 » « 72 » « 65 » Si le sujet ne veut ou ne peut pas faire le test du compte à rebours, demandez-lui d'épeler le mot « grand » à l'envers. Le résultat est le nombre de lettres dites dans le bon ordre. « D » « N » « A » « R » « G »
4. Mémoire
Priez le sujet de se rappeler les 3 mots que vous lui aviez auparavant demandé de retenir. « Ballon » « Drapeau » « Arbre »
5. Langage
a) Désignation Montrez au sujet une montre-bracelet et demandez-lui ce que c'est. Même chose avec un crayon. « Montre » « Crayon » *b) Répétition* Demandez au sujet de répéter « Il n'y pas de si ni de mais ». *c) Commande en 3 étapes* Donnez au sujet une feuille de papier blanc et dites : « Prenez le papier dans la main droite, pliez-le en deux et posez-le par terre. » Prends le papier dans la main droite Plie le papier en deux Pose le papier par terre *d) Lecture* Montrez au sujet un carton blanc sur lequel est imprimé « Fermez les yeux ». Demandez-lui de lire la phrase et de faire ce qui est écrit. Ne cochez la case que s'il (elle) ferme vraiment les yeux. *e) Écriture* Donnez au sujet une feuille de papier blanc et demandez-lui d'écrire une phrase ; celle-ci doit être écrite spontanément et doit comporter un sujet et un verbe et être sensée. Grammaire et ponctuation sont sans importance. *f) Copie* Montrez une figure géométrique constituée de deux pentagones qui se coupent et priez le sujet de le recopier. Les angles doivent être représentés correctement et les figures doivent se couper.

L'évolution d'une détérioration cognitive ne peut être évaluée que par des appréciations espacées et ne doit pas être systématiquement attribuée à la dernière thérapeutique mise en œuvre.

A l'inverse, une aggravation persistante confirme le diagnostic et doit faire remettre en question le traitement institué depuis plusieurs semaines.

Le MMS permet donc d'étudier lors de l'examen clinique courant du praticien, en une dizaine de minutes, les fonctions d'orientation, d'apprentissage, de calcul et de langage.

Moins le patient répond de façon correcte, moins il marque de points :

– détérioration sévère < 10;

– détérioration confirmée et modérée < 18;

– détérioration légère < 25.

Ce score a l'avantage de bouger avec sensibilité selon l'état clinique.

L'échelle ADAS-Cog

L'échelle ADAS (*Alzheimer's Disease Assessment Scale*) est une échelle qui a été conçue par Rosen & coll. et publiée en 1984 dans l'American Journal of Psychiatry pour objectiver les troubles de la démence, en mesurer le degré de sévérité et en suivre l'évolution; ce n'est pas un outil diagnostique des démences.

L'échelle ADAS complète comporte 21 items. Une version spécialisée dans le score cognitif ne comporte plus que 11 items; c'est l'ADAS cog. pour cognitif. Sa version en français est l'émanation du groupe de réflexion GRECO (Groupe de réflexion sur les études cognitives, composé d'experts cliniciens chercheurs dans le domaine de la neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique et de la méthodologie des essais thérapeutiques). Elle comporte une adaptation à la langue française et donne des consignes précises, en particulier dans l'ordre de passation des tests et dans le schéma des questions ouvertes et fermées. Nous en donnerons une interprétation résumée.

La passation de l'ADAS cog doit être précédée d'un entretien de 10 minutes explorant le langage, la mémoire et l'activité générale du sujet. Les questions portent sur l'identité, le passé, l'entourage, le lieu d'habitation, les différentes activités. Il s'agit d'une échelle qui nécessite la collaboration d'un neuropsychologue. Elle est employée surtout dans le cadre de suivi thérapeutique : elle est notamment particulièrement précise pour quantifier l'évolution d'une démence déjà identifiée. Sa complexité empêche qu'elle soit réalisée dans le cadre d'une pratique gérontologique courante. Nous donnerons seulement, à titre documentaire, la cotation des sub-tests qui sont explorés par l'ADAS-cog, permettant ainsi de se repérer lorsque les résultats d'un tel examen ont déjà été réalisés (*cf.* tableau 5-4).

Tableau 5-4. *– ADAS-cog. Score global*

1	Intelligibilité du langage oral	/5
2	Compréhension	/5
3	Manque du mot	/5
4	Rappel de mots	/10
5	Dénomination	/5
6	Orientation	/8
7	Exécution d'ordres	/5
8	Praxies	/5
9	Praxies constructives	/5
10	Reconnaissance de mots	/12
11	Rappel des consignes	/5
	SCORE TOTAL	/70

La batterie BAC 40

Il s'agit d'une nouvelle batterie de diagnostics et d'évaluations cognitives permettant au gérontologue, au neurologue ou au psychiatre, d'établir en une vingtaine de minutes un état des lieux explorant tous les secteurs des fonctions cognitives principales, soit pour confirmer devant des plaintes mnésiques l'absence de détérioration perceptible, soit pour évoquer une détérioration confirmée, soit, enfin, pour suivre l'évolution d'une atteinte progressivement détériorative.

Il ne s'agit pas d'un bilan neuropsychologique spécialisé. Pour autant, le test a comme avantage essentiel de contrer certaines critiques faites au MMSE. Il améliore en outre la sensibilité et enrichit les examens d'épreuves explorant la fluence verbale, comportant un rappel mnésique indicé et introduisant de nouveaux tests, comme le test de l'horloge simplifiée ou le test des anneaux pour explorer l'apraxie réflexive. Enfin, il permet d'explorer la mémoire visuelle par la copie d'une figure complexe, type REY.

De même, l'épreuve de comptage à l'envers a été supprimée, car trop marquée par le niveau scolaire et la pratique habituelle du calcul mental.

Cet outil a été testé sur des sujets âgés normaux ; les résultats ont été comparés au MMSE et à l'ADAS-cog. par O. Guard et Coll. ; la batterie BAC 40 a été développée par le réseau « Démences Alzheimer » (Reseda) à Dijon.

La batterie s'évalue donc sur 40 points comportant 10 points pour la fixation mnésique, 9 pour l'orientation, 10 pour le langage. Les 11 autres points se répartissent sur d'autres fonctions cognitives (capacités à résoudre une multiplication, test de l'horloge, praxies réflexives, mémoire visuelle et jugement) (*cf.* tableau 5-5).

Tableau 5-5. *– La batterie BAC 40*

Nom : Age : Date de passation :

ITEM	POINTS		CONSIGNES
ORIENTATION TEMPORELLE	/5		Jour/date/mois/saison/année
ENCODAGE DES 3 MOTS	/3		Trompette/Banane/Lilas
ORIENTATION SPATIALE	/4		Lieu/Étage/Ville/Departement
CONCENTRATION	/1		Mois de l'année à l'envers (1 erreur = 0)
ÉVOCATION 3 MOTS	/3		Redonner les mots non retrouvés + indice
HORLOGE	/1		Indiquer 5 heure moins le quart. Arrêter le test si les chiffres ne sont pas répartis régulièrement.
MULTIPLICATION	/1		1 seule erreur = 0
DESSIN	/1		1 seule erreur = 0
COMPRÉHENSION 3 ORDRES	/3		« Prenez la feuille de la main gauche » = 1 point « Pliez la en deux avec les deux mains » = 1 point « Rendez la moi » = 1 point
DÉNOMINATION	/2		4 objets courants mais peu utilisés. Ex : Entonnoir, cadenas, tire bouchon, chausse pied…
RÉPÉTITION	/1		« Pas de mais, de si, ni de et »
FLUENCE VERBALE	/3		10 animaux en 30" Si supérieur ou égal à 6 = 2 Si supérieur ou égal à 3 = 1
PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE	/1		
PRAXIES RÉFLEXIVES	/1		Test des anneaux de doigts
LECTURE	/1		« Levez la main droite en l'air »
ÉCRITURE	/1		Phrase dictée : « La femme est l'avenir de l'homme »
MÉMOIRE VISUELLE	/1		Restitution du dessin
JUGEMENT	/1		Pourquoi ne faut il pas fumer dans une station service ?
RAPPEL 3 MOTS	/6		Mots retrouvés spontanément = 2 points/mot Mots retrouvés sur indice = 1 point/mot
TOTAL	/40	0	POINTS

Résultats de la cotation. – Le seuil pathologique du BAC 40 est en moyenne à 30, correspondant à un MMSE à 26. En fonction de l'âge, les résultats moyens normaux sont :

Moins de 55 ans	37,9 ± 1,4
De 55 à 64 ans	38,1 ± 1,2
De 65 à 74 ans	36,3 ± 3,3
De 75 à 85 ans	34,5 ± 3,9
Plus de 85 ans	31,9 ± 5,5

On note que dans la tranche de 30 à 40 points, en tenant compte de l'âge, se placent les sujets dits MCI, c'est-à-dire affectés d'un trouble isolé de la mémoire, non démentiel, toutefois facteur de risque d'une entrée à plus ou moins long terme dans une détérioration cognitive confirmée.

L'analyse du score peut également être qualitative. Par exemple, un même score de 31, comportant une absence d'aide à l'évocation des trois mots par l'indiçage, sera plus en faveur d'un MCI à risque. Une action très favorable de l'indiçage entre plus facilement dans la catégorie d'un oubli bénin ou du rôle d'un facteur dépressif.

Le test de l'horloge (cf. figure 5-3). – Ce test, très simple à faire passer au cours d'un examen clinique, a été d'abord considéré comme un moyen aisé de mesurer la gravité d'un syndrome démentiel (Sunderland, 1989). Furent pourtant jugées plus intéressantes les situations cliniques où le MMSE. apparaissait comme modérément atteint, alors même que l'état clinique était satisfaisant et que la production du dessin du cadran d'une horloge apparaissait très atteinte.

L'avantage de ce test est la connaissance implicite de quelqu'un qui sait lire l'heure à sa montre alors qu'il n'est plus capable de dessiner une horloge vraisemblable indiquant une heure précise fixée à l'avance, par exemple 5 h moins 20.

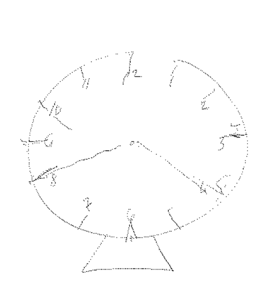
La question posée est que ce dessin, pour être conforme aux résultats espérés d'une horloge réelle, nécessite l'organisation d'un espace plan et d'une mise en ordre circulaire de la numérotation des heures. De plus, on met facilement en évidence les capacités ou incapacités d'obtenir le modèle espéré, mais aussi un trouble du jugement inattendu avec anosognosie. Souvent, malgré des erreurs grossières, le sujet ne comprend pas par où son travail pêche et ne se sent pas capable de rectifier ses erreurs. Parfois même, il semble satisfait de sa réalisation, y compris lorsque la réalisation du cadran est tout à fait incongrue.

Tout cela devait nous conduire à penser que l'exploration de cette incapacité éventuelle va plus loin qu'une apraxie simple et conduit à un syndrome dysexécutif démontrant l'atteinte des capacités de prévision et d'organisa-

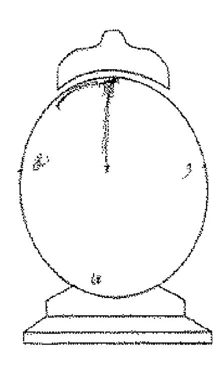
tion du travail, ainsi que le manque de jugement sur le résultat obtenu et enfin sur les moyens de remédier aux erreurs.

La tâche confiée au patient doit lui être expliquée : l'on met à sa disposition un cadran très simple, où ne figure que le centre du cercle. Le patient doit être seul. Si sa famille l'accompagne, elle doit rester en retrait et neutre.

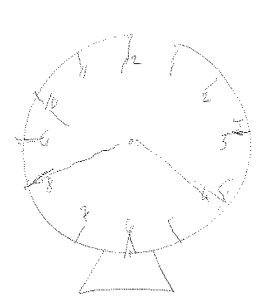
Il n'existe pas de temps chronométré pour l'épreuve. En revanche, lorsque le patient se rend compte qu'il échoue, il est fréquent qu'il conteste le test : « Il n'est pas venu pour ça, sa vue est mauvaise aujourd'hui, il est fatigué d'avoir attendu, il ne voulait pas venir… ».



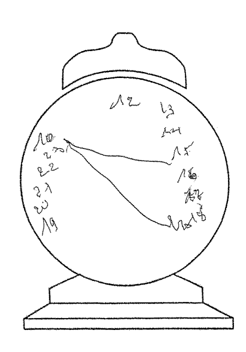
Vignette 1
Homme âgé de 80 ans.
Test en 2005 au décours d'un syndrome mélancolique.
Score : 7/7



Vignette 2
1 an plus tard, amélioration du tableau mélancolique et apparition de signes détérioratifs.
Score : 0/7.



Vignette 3
Autre patient.
Score : 6/7
MMS : 16/30



Vignette 4
Test de l'horloge nettement pathologique
Score : 0/7
MMS : 29/30

Figure 5-3. *– Exemples de tests de l'horloge pathologiques.*

Il faut noter que ces réactions sont bien caractéristiques d'un déficit cognitif que le sujet tente de masquer.

Mais la notation du test n'est fondée que sur les résultats obtenus. Au bout de deux minutes, on peut mettre fin au test, notamment lorsque celui-ci ne progresse plus dans sa réalisation.

Scores. Pour le test de l'horloge, un score en points est le plus utilisé en attribuant un point à chacun des 7 critères suivants :

1. Lorsque seuls les chiffres de 1 à 12 sont présents.

2. Lorsque les chiffres sont placés dans l'ordre correct.

3. Lorsque la position des chiffres est exacte.

4. Lorsque deux aiguilles et deux seulement sont dessinées.

5. Lorsque l'aiguille indiquant l'heure est bien disposée.

6. Lorsque l'aiguille indiquant les minutes est bien disposée.

7. Lorsque la taille respective des aiguilles est respectée (aiguille des minutes plus grande que l'aiguille des heures).

Signification. Un score insatisfaisant peut confirmer l'atteinte clinique et le score déficitaire au MMSE. Les premiers auteurs ont montré la bonne concordance de l'ordre de 2/3 des cas, soit pour la normalité, soit pour l'atteinte cognitive.

Dans 1/3 des cas, il y a divergence et dans plus de la moitié des cas en question c'est le score au test de l'horloge qui est anormal alors que le MMSE. en permet pas d'affirmer une détérioration cognitive.

Ce sont ces cas qui nous permettent de penser que le test contribue surtout au dépistage d'une atteinte dite préfrontale.

Ce que Loze et coll. ont montré c'est que le test est très fidèle pour le dépistage d'un déficit cognitif. Il est encore plus spécifique d'une atteinte de type dysexécutif frontal et donc très précieux lorsque cette atteinte est précoce ou prédomine dans les démences frontales ou les Alzheimer avec atteinte frontale. L'atteinte est très significative lorsque le patient présente un BREF < 14.

Le test permet en effet d'explorer la stratégie qu'est capable d'organiser un sujet pour répartir les chiffres en quatre cadrans harmonieux de 4 chiffres. Il peut également témoigner de son anosognosie et de son incapacité à réparer une erreur en cours de réalisation parfois même de sa défense caractérielle lorsqu'il ressent son échec.

Démences vasculaires

Pour porter le diagnostic de démence vasculaire, il est nécessaire de constater à la fois les éléments d'une détérioration mentale et de la maladie cérébrale vasculaire ayant entraîné une destruction suffisante du tissu cérébral.

La démence vasculaire est la deuxième étiologie en cause, mais six fois moins fréquente que les démences type Alzheimer; de plus, la délimitation des

formes anatomo-pathologiques ne vaut surtout du point de vue psychogériatrique que s'il existe des conséquences cliniques et thérapeutiques notables. L'existence de démences mixtes sur le plan anatomo-pathologique dans un nombre supérieur de cas aux formes pures ne fait, d'après nous, que renforcer cette opinion.

❒ La forme typique d'une démence vasculaire

Lorsque se pose le problème d'une éventuelle démence, le patient est déjà un malade neurologique, c'est-à-dire qu'il présente des antécédents de maladie vasculaire cérébrale et qu'il a pu faire un ou plusieurs épisodes ayant entraîné de façon brutale plus ou moins réversible :
– hémiparésie – parésie du membre supérieur;
– aphasie;
– hémianopsie latérale homonyme;
– agnosie visuelle, alexie, agraphie, acalculie.
Ces épisodes peuvent soit laisser des séquelles, soit récupérer de façon presque totale. Toujours est-il qu'au moment où le sujet est examiné il présente très souvent des atteintes motrices qui peuvent être selon les cas :
– une amimie : le visage est assez lisse, peu mobile, peu expressif; lorsque le sujet parle, l'énergie sonore est faible, l'expression du langage est pauvre. Le sujet se nourrit souvent lentement, difficilement et peut avoir des troubles de la déglutition;
– les gestes des membres supérieurs sont lents, parfois maladroits avec un tremblement d'attitude, la mobilité digitale est limitée, de même que l'écriture ou le dessin; un grasping peut être retrouvé;
– le sujet a une marche difficile, il peut marcher « à petits pas » rapides, ne pouvant pas rester facilement au garde à vous dans la position de recherche du Romberg, il tend à élargir son polygone de sustentation avec une inclinaison, à perdre l'équilibre arrière, ce qui lui impose une compensation par flexion de la hanche.
Le patient peut se plaindre de sensations vertigineuses en position debout ou surtout au lever, c'est-à-dire au passage en orthostatisme.
De plus, le patient présente souvent une maladie vasculaire qui peut être plus ou moins bien connue :
– hypertension artérielle,
– coronopathie,
– artériopathie des carotides.
Mais ces éléments de risque vasculaire, comme un diabète et une hyperlipidémie ne suffisent pas, s'ils sont isolés, sans atteinte cérébrale constituée.

Les éléments proprement démentiels

Les éléments cliniques dont nous venons de parler ne sont pas constitutifs de l'atteinte cognitive et il faut rechercher ce qui en apporte la preuve et ce

qui, éventuellement, permet de penser de façon caractéristique à l'origine vasculaire.

– Le mode évolutif de la détérioration est caractérisé par son mode de survenue brutal, c'est-à-dire qu'en fait les signes de départ cognitifs n'apparaissent qu'à la suite d'un accident vasculaire régressif. Mais l'atteinte mnésique est associée à des troubles du raisonnement et du jugement de façon moins spécialisée que dans l'Alzheimer. L'évolution fluctuante est bien plus difficile à juger si l'on veut signaler autre chose que l'aggravation à l'occasion d'un nouvel accident neurologique. L'existence de phases régressives de confusion mentale nocturne se voit également lors de poussées d'aggravation d'Alzheimer.

En somme, c'est surtout de façon comparative qu'on ne retrouve pas cette progression lente et régulière à partir d'un trouble de mémoire très limité jusqu'à une atteinte plus large et plus profonde en un à deux ans. Et c'est aussi parce qu'en somme le déficit est moins facile à apprécier qu'il peut paraître plus fluctuant, ne serait-ce que dans notre propre appréhension.

Les troubles du langage sont plus souvent en cause ici, depuis l'aphasie franche du type Wernicke ou de type Broca, diminution du langage spontané, détérioration de la prosodie, dysarthrie, baisse marquée de la force du flux verbal. Au contraire, dans l'Alzheimer le langage reste longtemps intact en dehors du manque du mot et de la logoclonie ; il faut attendre une lente évolution assez caractéristique pour que se constitue tardivement le syndrome aphaso-apraxo-agnosique.

L'atteinte intellectuelle s'avère souvent globale, associant le ralentissement et la maladresse motrice, avec le ralentissement intellectuel, le désintérêt pour l'entourage et l'apragmatisme dans les activités quotidiennes. Le patient renonce souvent à tout effort dans le sens de sa rééducation à la marche et des autres activités que l'on avait pu prévoir pour lui.

❐ Les symptômes psychopathologiques

• Les syndromes confusionnels

Ils apparaissent comme assez fréquents au cours de l'évolution d'une démence vasculaire, se manifestant à minima comme des troubles diurnes de la vigilance avec somnolence, alors même que se produisent des accès d'agitation nocturne, où le patient se lève, s'éloigne de sa chambre, risque de tomber, semble perdu et profère des propos peu cohérents.

Bien entendu, l'inversion du rythme veille-sommeil, l'agitation nocturne et la confusion ne sont pas l'apanage de la démence vasculaire. Mais il est possible que certains épisodes neurologiques avec constitution d'une lacune correspondent à une période de confusion mentale avec ou sans hémiparésie motrice pure. La régression de ces épisodes entraînent l'évolution fluctuante dite caractéristique qui fait partie du score ischémique d'Hachinski ; en fait, il est possible d'observer de tels épisodes même dans certaines formes d'Alzheimer.

• Les syndromes dépressifs

Ils sont considérés comme plus fréquents que dans l'Alzheimer. Faut-il encore signaler la difficulté du diagnostic chez un sujet handicapé, affaibli sur le plan neurologique et dans son expression orale, réduisant son langage, s'exprimant avec lenteur et difficulté.

Même la labilité émotionnelle avec surgissement des larmes à la moindre surprise, à la plus banale évocation, peut être très trompeuse, particulièrement aux yeux de l'entourage qui pense à la dépression.

De même, on ne devrait pas tenir compte des symptômes tels que l'apragmatisme, le ralentissement moteur et le désintérêt qui font directement partie du tableau neurologique.

Il ne reste donc pour affirmer le tableau dépressif que le cœur de la dépression, c'est-à-dire l'expression d'une profonde tristesse, d'un net dégoût et parfois d'idées de suicide.

Diverses études, dont celle de Cumings et coll. (1987) montrent qu'il existe des scores dépressifs plus élevés chez les vasculaires qu'en cas d'Alzheimer et que le diagnostic d'épisode dépressif majeur est porté essentiellement en cas de démence vasculaire, ce qui est peut-être à rapprocher du fait qu'un accident vasculaire cérébral sans démence (infarctus de l'hémisphère mineur) est susceptible d'être suivi d'un épisode dépressif.

• Les troubles caractériels et la modification de la personnalité

Il est dit classiquement et en particulier dans l'échelle d'Hachinski qu'il existe une « conservation relative de la personnalité ». Encore faut-il s'entendre sur les termes, puisque l'apparition d'un apragmatisme, d'un désintérêt et d'un manque de goût peuvent être vus comme un changement important de la personnalité antérieure. Il en est de même de la labilité émotionnelle, bien qu'il soit vrai que les troubles caractériels, les colères et l'impulsivité soient moindres que dans l'Alzheimer, fréquemment abrasés par l'apathie, les déficits neurologiques et l'éventuel état dépressif.

• Les épisodes délirants

L'existence de thèmes délirants existe comme dans l'Alzheimer dans près de la moitié des cas ; ils peuvent s'étendre sur plusieurs semaines ou mois avec des phases d'exacerbation :

– idées délirantes de jalousie à l'égard du conjoint,

– idées délirantes sur le comportement des personnes de l'entourage,

– idées de persécution et de vol d'objets personnels ou d'argent, sensation permanente d'être ruiné.

Les hallucinations visuelles et parfois auditives surviennent approximativement dans 1/4 des cas au début et en phase moyenne. Ultérieurement, les patients ne sont plus aptes à exprimer ces thèmes.

❒ Anatomopathologie

Le diagnostic de démence vasculaire est souvé posé actuellement, depuis l'isolement par Hachinski de la Multi-infarct dementia, sur les critères d'ischémie du même auteur ; hors 6 de ces critères ne sont que la reconnaissance d'une maladie générale vasculaire et d'accidents neurologiques cérébraux. Cela est encore plus net dans le score d'ischémie modifié (Loet et Gandolfo, 1983) où aucun des critères n'est relié à la démence elle-même.

C'est dire combien il existe peu de signes pour distinguer par l'étude psychologique de la détérioration les tableaux caractéristiques de l'une ou l'autre étiologie. Il importe surtout de reconnaître le processus démentiel lorsqu'il existe des signes d'atteinte vasculaire cérébrale et celui-ci peut très bien être associé au développement d'une démence Alzheimer. Ce sont les formes mixtes qui d'après Brun (1994) sont plus nombreuses que les démences vasculaires pures. Il faut dire que cet auteur dans une série de 175 autopsies de démences trouve 1/3 de démences vasculaires pures, ce qui est nettement plus que les pourcentages avancés par de nombreux autres auteurs.

❒ Test de différenciation, démence de type vasculaire/démence type Alzheimer, échelle d'évaluation d'Hachinski (1975)

Le score est fonction de 13 items dont certains apprécient le risque vasculaire et d'autres témoignent de signes cliniques.

Un score supérieur à 7 est en faveur d'une démence vasculaire. Un score inférieur à 4 est en faveur d'une démence de type Alzheimer. Bien entendu, un tel score ne permet pas de trancher étant donné les incertitudes qui existent quant à la connaissance sur le plan anatomo-pathologique, entre les deux types eux-mêmes et des formes mixtes (*cf.* tableau 5-6).

Il faut savoir que l'atteinte vasculaire répond à des types divers :

a) le plus fréquent est celui de *l'atteinte des petits vaisseaux dans leur trajet intra-cérébral*, surtout due à une hypertension artérielle sévère avec des à-coups hypotensifs et entraînant la démence artériopathique sous-corticale de type Binswanger constituée par des lacunes de petite taille (moins de 20 mm de diamètre).

Les signes cliniques comportent :

– des troubles mnésiques des faits anciens et récents,
– le ralentissement psychomoteur,
– et parfois un syndrome pseudo-bulbaire.

Il est alors très proche de l'état lacunaire de Pierre Marie étant entendu qu'il existe apathie et bradypsychie.

b) *L'atteinte des gros vaisseaux*, c'est-à-dire des carotides, des troncs des artères cérébrales et des branches méningées entraîne des infarctus étendus de plus de 20 mm de diamètre avec souvent destruction complète du tissu cérébral.

c) *L'atteinte peut être diffuse*, n'épargnant ni les petits ni les gros vaisseaux.

Tableau 5-6. *– Échelle d'évaluation d'ischémie d'Hachinski.*

Pour chaque caractère présent, veuillez inscrire le score correspondant :

Début brusque de la maladie (0-2)

Une modification évidente du comportement, par exemple un état confusionnel subit, une perte du langage, apparus éventuellement après un accident vasculaire cérébral, et sans relation avec une autre maladie.

Aggravation progressive (0-1)

Au moins un épisode, suivi d'une perte de capacités intellectuelles, et retour à l'état antérieur.

Évolution variable des symptômes (0-2)

a) Rémission complète ou partielle après un début d'affaiblissement intellectuel ou

b) Épisodes de confusion ou de désorientation.

Confusion nocturne (0-1)

Plusieurs épisodes d'agitation psychomotrice, de confusion ou d'excitation, pendant la nuit.

Personnalité relativement conservée (0-1)

Dépression (0-1)

Le malade est considéré comme un déprimé par le personnel soignant ou le médecin traitant.

Troubles physiques (0-1)

Plaintes répétées pour des troubles physiques persistant, sans explication, malgré un traitement médical.

Labilité émotionnelle (0-1)

Rire ou pleurer éventuellement spasmodique au moindre stress, sans rapport avec la situation.

Antécédents ou signes d'hypertension artérielle (0-1)

a) Hypertension connue avant l'admission et/ou

b) Hypertension artérielle définie par : une systolique supérieure à 17 cmHg, et une diastolique supérieure à 10 cmHg, mesurées au moins 2 fois pendant le séjour dans l'environnement habituel du malade.

Antécédents d'accident vasculaire cérébral (0-2)

L'examen clinique conduit au diagnostic d'accident vasculaire cérébral, ou mention de tels accidents dans les antécédents.

Association de symptômes d'athérosclérose (0-1)

Symptômes neurologiques de foyer (0-2)

Symptômes susceptibles d'être reliés à une lésion en foyer, comme une aphasie, une parésie ou un tremblement d'un seul côté.

Signes neurologiques de foyer (0-2)

Signes de foyer lésionnel à l'examen neurologique, tels que signe de Babinski, atteinte du champ visuel, etc.

d) *La démence par hypoxie*, due à l'association d'une sténose des grosses artères et de l'hypoperfusion cérébrale qui peut être nettement aggravée par des phases d'hypotension artérielle ou une insuffisance cardiaque à bas débit.

❒ Imagerie médicale

Elle est très importante pour confirmer le diagnostic de démence vasculaire étant entendu que le diagnostic de détérioration cognitive ne peut être que clinique.

• Le scanner cérébral

Il permet d'éliminer certaines causes traitables d'atteinte cognitive qui peut ainsi s'avérer complètement ou partiellement réversible :
– hématome sous-dural,
– tumeur cérébrale,
– hydrocéphalie à pression normale.

La *dilatation ventriculaire* est fréquente, plus que l'atrophie corticale, en particulier dans une forme généralisée ; elle est liée à l'existence d'une démence et confirme donc l'impression clinique, mais elle n'évolue pas parallèlement à l'intensité de la détérioration perceptible.

La *présence d'un ou plusieurs infarctus* ; il s'agit d'hypodensités multiples corticales ou sous-corticales, bilatérales et associées à une atrophie corticale et/ou sous-corticale.

Les *infarctus* se localisant préférentiellement dans les régions temporales, les noyaux gris, les régions occipitales, frontales et hippocampiques.

Les *démences avec lésions focales* peuvent résulter d'un seul accident vasculaire, mais qui a entraîné des lésions bilatérales

– dans le territoire vertébro-basilaire des deux artères cérébrales postérieures :
– atteinte des deux hippocampes avec troubles mnésiques sévères et globaux, troubles de l'attention et restriction importante des intérêts affectifs. Par l'examen clinique on peut retrouver que la démence s'associe à des troubles du champ visuel mais par atteinte occipitale difficiles à affirmer;
– atteinte bithalamique (des noyaux dorso-médians). L'atteinte mnésique est importante, l'apathie est extrême. Il peut exister une *ophtalmoplégie*.
Dans le territoire des cérébrales antérieures :
– un syndrome de Korsakoff peut être provoqué par une atteinte bilatérale;
– ou même un tableau de mutisme akinétique.
Dans le territoire sylvien, il ne peut se produire en un seul accident neurologique un tableau démentiel, mais il existe aussi des syndromes pseudo-démentiels :

– *Infarctus sylvien postérieur de l'hémisphère mineur* : donne un tableau de confusion mentale, avec des éléments dépressifs et un apragmatisme.

Il n'y a pas de déficit moteur, mais une agnosie spatiale et une hémianopsie latérale homonyme si l'on parvient à la mettre en évidence malgré l'imprécision des réponses du patient.
– *Dans l'hémisphère majeur*, lorsque l'aphasie de Wernicke est relativement isolée, il est très facile aux urgences de médecine ou pour le médecin appelé au lit du malade de se tromper lorsque se manifeste une grande agitation avec incohérence des propos et du comportement. En dehors de l'attention à la nature précise des troubles du langage, on ne fera bien souvent le diagnostic que le patient une fois calmé, lorsqu'il pourra bénéficier d'un scanner.

• L'IRM

Elle donne des informations très supérieures à celles fournies par le scanner, en particulier pour la visualisation du parenchyme cérébral. Les séquences pondérées en T2 (long temps de répétition) distinguent très bien la substance blanche de la grise, mais les hypersignaux ne sont pas spécifiques.
On signalera pourtant les difficultés de la mise en œuvre de l'IRM par la relative rareté des centres, les déplacements nécessaires, la difficulté pour le sujet âgé d'accepter l'introduction dans le cylindre et la nécessité de l'immobilité.

• Les lésions dépistées et leur interprétation

Les lacunes

Ce sont les séquelles de petits infarctus de moins de 15 mm de diamètre, liés à l'occlusion de petites artères perforantes intracérébrales. Certes, ces lacunes sont visibles au scanner, mais pas toutes ; elles apparaissent plus nettement à l'IRM qui de plus explore bien mieux les lobes temporaux et le tronc cérébral.
Il faut savoir cependant que des lacunes multiples peuvent être latentes cliniquement ; on estime cette possibilité à un tiers des cas chez lesquels on peut retrouver des lacunes.
Au contraire, une seule lacune est susceptible de produire un accident neurologique :
– l'hémiplégie motrice par lacune capsulaire,
– l'hémiparesthésie par lacune thalamique.
Si les lacunes sont nombreuses, elles peuvent aboutir à l'état lacunaire de Pierre Marie qui ne comporte pas toujours de démence. Mais cet état clinique peut fort bien ne pas comporter que des lacunes au sens de l'imagerie, mais aussi des infarctus de plus grande taille.
Il ne faut donc pas faire d'assimilation entre la définition de Pierre Marie, fondée sur des critères cliniques en 1901, et des images données par le scanner ou l'IRM. Ainsi, on a pu dire que dans une « démence lacunaire » on trouve au scanner des lacunes dans 1/3 à 2/3 des cas ! Cela dépend bien

entendu de la méthode employée qui permet de découvrir des lacunes dans leurs localisations préférentielles :
– substance blanche des lobes frontaux,
– noyaux gris centraux : c'est-à-dire tête du noyau caudé, putamen, pallidum, thalamus,
– tronc cérébral et cervelet.
Mais la question n'est pas tranchée de savoir si les démences lacunaires se caractérisent essentiellement par des lacunes sur le plan imagerie.

La leucoaraiose

C'est un terme proposé en 1987 par Hachinski et coll. pour désigner la raréfaction de la substance blanche, mais qui ne présume pas de la lésion anatomo-pathologique elle-même.
Au scanner, une hypodensité de la substance blanche périventriculaire et en particulier du centre ovale est visible :
– chez les sujets âgés normaux sur le plan cognitif, mais d'autant plus qu'ils sont âgés et hypertendus,
– en cas d'hydrocéphalie à pression normale avec prédominance autour des cornes frontales et des limites plus nettes,
– en cas de maladie de Binswanger.

En IRM, on retrouve encore plus fréquemment des anomalies de la substance blanche en T.2 correspondant à la leucoaraïose. Il est tentant de faire correspondre à cette image le diagnostic de leucoencéphalopathie sous-corticale ischémique. Mais ce n'est pas possible. Même si l'on prend soin de mettre de côté les hypersignaux juxta-périventriculaires et qui, en regard des cornes frontales, ne sont pas pathologiques ou, plus diffus, semblent associés à une simple dilatation ventriculaire, il reste toutes les images de larges plages d'hypersignaux dessinant la substance blanche et que l'on peut voir :
– chez les sujets âgés, sans déficit cognitif, hypertendus ou non, traités ou non, subissant parfois des phases d'hypotension,
– chez les patients atteints de démence type Alzheimer,
– chez les malades atteints de la maladie de Binswanger,
– associées à des lacunes ou non.
On en restera donc à une attitude descriptive considérant que ces images non spécifiques, semblent témoigner d'un facteur de risque d'une démence, d'HTA et d'hypoxie cérébrale chronique.

❒ Diagnostic des formes cliniques

On aura compris qu'affirmer le diagnostic de démence vasculaire n'est pas simple sur le plan clinique, puisque la plupart des arguments sont tirés du contexte de la survenue d'accidents neurologiques cérébraux régressifs sur un terrain artériopathique et que les éléments tirés de l'imagerie cérébrale appor-

tent beaucoup et même trop dans la mesure où la constatation de lésions cérébrales d'origine artériopathique est tout à fait compatible avec l'absence de déficit cognitif ou avec la coexistence de lésions non visibles de type Alzheimer, plus directement responsables de la détérioration cognitive.

En tout cas, l'intérêt essentiel est de prévoir des mesures préventives au niveau de la maladie artériopathique et de l'état cardiaque.

Mais ces mesures sont essentielles au moment de la prévention puis du traitement bien équilibré de l'athéromatose, des dyslipidémies et de l'HTA, c'est-à-dire au tout début et non pas lorsque la démence est installée, comme il est dit parfois d'une façon un peu aventureuse.

L'évolution ultérieure par à coups n'est pas toujours observée, et loin de là; l'efficacité des traitements oxygénateurs et vasculotropes n'est pas confirmée.

On s'en tiendra donc à une réadaptation à la vie quotidienne, à la vie physique et mentale, malgré les déficits moteurs, sensitifs, sensoriels et cognitifs. La charge, par perte d'autonomie, est souvent très lourde pour l'entourage soignant, avec moins de problèmes liés aux troubles du comportement. De ce fait, ils sont mieux acceptées dans les unités pour vieillards, services de long séjour, hospitalisation à domicile avec entourage.

Les phases de confusion mentale et d'agitation nocturne restent difficiles à gérer et c'est parfois sur une chute avec fracture que se produira l'aggravation entraînant la mise en institution.

• Le syndrome pseudo-bulbaire

Ce terme a été introduit par Lépine en 1877 mais on a proposé de le remplacer par celui de pseudo-paralysie bulbo-protubérantielle pour indiquer qu'il désigne une atteinte bilatérale des neurones centraux sous-corticaux du faisceau géniculé par opposition aux atteintes périphériques des nerfs bulbaires et protubérantiels commandant les mouvements de la face, de la langue et de la déglutition.

Le syndrome comporte :

– des troubles de la déglutition qui se signalent par des fausses routes,

– des troubles de la phonation avec voix nasonnée, assourdie, sans force, entraînant un bredouillement à distinguer d'une aphasie.

En fait, à l'examen, la mobilité du voile et du pharynx est conservée (justifiant le terme de pseudo-paralysie), la langue est peu mobile et maladroite, le réflexe du voile, difficile à rechercher, est parfois aboli, alors que la mobilité directe est conservée. Le réflexe nauséeux est conservé, le réflexe buccal de la moue est déclenché par excitation labiale, les réflexes nasopalpébraux et masticateurs sont exagérés.

Le faciès est figé dans un aspect pleurard hypertonique, sans variation expressive.

Les mouvements commandés sont difficiles à réaliser : siffler, souffler, ouvrir et fermer les yeux.

Pourtant, lors d'un mouvement automatique, la mobilité semble conservée.

Le pleurer et le rire spasmodique. **–** Il en est de même lors de ces expressions faciales exagérées et persistantes. Le pleurer, de beaucoup le plus fréquent, se déclenche pour une faible émotion, lors d'une réaction de surprise, parfois même sans cause, réalisant une expression caricaturale parfois discordante avec la réalité existante et s'apaisant très progressivement. Le patient peut très bien signaler sa non-significativité, le personnel doit faire attention à ne pas lui donner la valeur d'une réaction de tristesse profonde ou de douleur.

Parfois, il existe d'autres troubles moteurs débordant la face :

– syndrome pyramidal bilatéral,

– hypertonie du tronc et troubles de la marche (à petits pas plus rapide que dans le syndrome extrapyramidal, le sujet ne se déplaçant pas penché en avant) et de la statique debout (astasie-abasie), véritable apraxie de la marche,

– une incontinence sphinctérienne.

Le syndrome cognitif. **–** Il est souvent apprécié de façon incertaine et cela correspond à un manque évident d'appréciation quantitative moderne sur cette population.

On a pu dire que l'état psychique est moins mauvais que l'aspect général du patient pourrait le faire craindre. Mais cela ne suffit pas pour constituer un brevet d'intégrité. En effet, il existe des déficits pouvant atteindre la mémoire et le raisonnement, plus peut-être que l'orientation temporo-spatiale. La lente dégradation que subit le sujet est effectivement très proche d'une évolution démentielle parallèlement à l'aggravation de l'état moteur.

• Démences thalamiques

Il s'agit de cas rares qui peuvent être dus à des ramolissements bilatéraux du thalamus, mais aussi parfois à des lésions dégénératives.

Après un début sous forme d'un accident vasculaire brusque, avec obnubilation, on note une longue phase d'akinésie spontanée, alors que la motricité volontaire est possible après invigoration. Le sujet est inerte, sans initiative motrice, visage sans expression, langage réduit, yeux ouverts peu mobiles, mais sans trouble de la vigilance, l'attention est défectueuse, la mémoire des faits anciens est conservée, le calcul simple est possible, la rétention mnésique immédiate est effondrée.

L'état clinique peut rester stable pendant des années avant que ne s'aggrave l'état général et le déficit psychique.

• Le syndrome des lacunaires de Pierre-Marie

Il a été décrit en 1901 pour désigner un ensemble de troubles neurologiques accompagnés de façon inconstante par un syndrome démentiel.

Il s'agit de lacunes dues à de multiples lésions ischémiques. Selon la définition de Poirier et Dérouesné, elles correspondent à des infarctus de petite taille.

La symptomatologie démentielle lorsqu'elle se produit, est proche du syndrome dit frontal, et les lacunes sont effectivement dans la substance blanche.

Sur un plan neurologique, il existe des antécédents d'accidents neurologiques régressifs :

– hémiparésie motrice,

– monoplégie crurale,

– hémisyndrome sensitif paresthésique,

– un épisode dysarthrique.

Lorsque le syndrome est constitué, il existe un syndrome pyramidal des membres inférieurs, démarche lente à petits pas, ou même astasie-abasie avec hypertonie, raidissement projetant le tronc en arrière, rendant la marche impossible, alors qu'allongé le sujet peut coordonner les mouvements de ses jambes.

Devant un tel tableau, il faut cependant s'assurer :

– que le sujet ne présente pas autre chose qu'une démence :

- un syndrome de Korsakoff,
- une aphasie de Wernicke,
- un syndrome dépressif après atteinte de l'hémisphère mineur,
- un syndrome dit de glissement ou de régression psychomotrice post-chute.

– qu'il existe des altérations avec tests neuropsychologiques praticables dans une telle population et réalisés par des psychologues entraînés.

On voit donc qu'il existe de grandes difficultés à appliquer les critères du DSM IV au concept d'Hachinski (1974) de « *multi-infarct dementia* » et aux critères de son échelle comparés aux résultats du scanner ou de l'IRM

• La maladie de Binswanger

Elle représente, depuis sa description en 1894 par l'auteur, une « encéphalopathie sous-corticale chronique progressive », c'est-à-dire une atteinte cérébrale caractérisée par son aspect anatomopathologique :

– substance blanche molle, grisâtre et granuleuse,

– les vaisseaux extra et intra-crâniens sont athéromateux et plus ou moins sténosés,

– des lacunes existent dans les noyaux gris centraux et dans les centres semi-ovales, on peut aussi en observer dans le tronc cérébral.

Cliniquement, il s'agit souvent de patients hypertendus, et la démence serait de type frontal avec excitation hypomaniaque, violences éventuelles, comportements absurdes, hypoactivité générale, aboulie bien tolérée, voire niée. Il n'y a pas de différence évidente avec l'état mental des lacunaires.

Démences dans la maladie de Parkinson et autres syndromes extra-pyramidaux (démence à corps de Lewy)

La maladie de Parkinson est une affection assez courante d'une prévalence de 1 pour mille dans les pays occidentaux et qui atteint essentiellement les sujets de plus de 50 ans tant, les hommes que les femmes.

Les taux de prévalence vont croissant de 45 par 100 000 h avant 50 ans à 255 pour 100 000 h entre 60 et 70 ans et plus de 800 pour 100 000 h entre 70 et 80 ans. D'une étude en Gironde de Tison et coll. (1994), on peut remarquer que 40 % des cas sont retrouvés en institution, souvent sans même que le diagnostic ait été posé.

C'est dire que cette affection contribue sérieusement à la perte d'autonomie sur le plan moteur d'un bon nombre de sujets âgés; par exemple au Royaume-Uni, il est compté 15 000 patients en institution, 22 000 vivant à domicile avec un handicap notable, et 30 000 sans handicap important.

Un certain nombre va être atteint d'un déficit cognitif et/ou d'accidents psychopathologiques divers qui nécessitent des soins et contribuent à aggraver la perte d'autonomie et la baisse du confort de vie, sans trop affecter l'espérance de vie.

• Le début de la maladie

Il est en général très progressif, se caractérisant dans les 3/4 des cas par un tremblement de repos et une hypertonie musculaire de type extra-pyramidal et à début unilatéral, avec une difficulté à réaliser les mouvements alternatifs rapides. A ce stade, il se produit une excellente réponse au traitement par la L.-Dopa, c'est ce que l'on appelle « la lune de miel » avec la thérapeutique. Plus cette phase est longue et confortable, sans atteinte de l'autonomie, plus la maladie apparaît d'évolution lente et modérée, permettant de prévoir, sauf accident, une durée de survie d'une dizaine ou d'une quinzaine d'années.

• Syndrome dépressif

Il est bien connu que certains états dépressifs majeurs peuvent survenir au début de l'évolution d'une maladie de Parkinson. On se rend compte de l'éclosion de celle-ci par l'apparition au décours d'un tremblement unilatéral ou d'une hypertonie.

Mais un syndrome dépressif peut survenir en cours d'évolution et il peut être délicat à mettre en évidence par suite de signes communs : amimie donnant l'aspect d'un visage triste car peu expressif, ralentissement moteur, retard à l'exécution des gestes, tendance à l'apragmatisme. Même la tristesse est difficile à distinguer de la réaction de découragement d'un sujet en proie à une maladie inexorablement évolutive. De même, on parle assez souvent de dépression lorsqu'il s'agit en fait de bouffées anxieuses sans étiologie localisable et réagissant bien aux antidépresseurs sérotoninergiques.

Mais il est le plus souvent reconnu qu'en plus de ce contexte défavorable il existe effectivement une incidence particulièrement élevée de tableaux dépressifs qui ont même fait poser la question d'un même mécanisme par déficit des circuits dopaminergiques. Cela étant, la fréquence des épisodes dépressifs, même si elle paraît plus élevée, entraîne le fait que le handicap est plus grave, en particulier l'hypertonie et les troubles de la marche, et rapproche le moment où le traitement par la L.-Dopa apparaît moins efficace et moins bien toléré. C'est aussi le moment où les troubles cognitifs semblent indubitables, associés avec des douleurs, de l'acathisie, des sueurs, de l'anxiété, voire même des attaques de panique. Les insatisfactions liées à une inefficacité thérapeutique progressivement croissante, ne se réduisant pas par l'augmentation des doses de L-Dopa, avec des effets secondaires de type « on » « off » de plus en plus gênants, semblent bien contribuer au déclenchement d'une phase dépressive.

Le traitement antidépresseur est souvent efficace, améliorant l'état général et la thymie, mais il laisse persister des troubles cognitifs et parfois même peut déclencher un épisode confusionnel. On écartera de ce fait les traitements à action anticholinergique. La Lévodopa peut améliorer partiellement la symptomatologie dépressive mais ne la guérit pas, pas plus qu'elle ne modifie les symptômes cognitifs. Les sérotoninergiques sont très efficaces à petites doses.

• Les troubles cognitifs

S'il arrive qu'un patient se plaigne assez tôt de difficultés intellectuelles, de troubles de la mémoire, de lenteur des processus, d'apathie, d'anxiété, il peut s'agir de difficultés cognitives associées à un syndrome dépressif et qui pourront régresser sous traitement (à condition d'éviter les anti-dépresseurs à effets anti-cholinergiques).

Si l'on pratique des tests neuropsychologiques, il est possible de dépister chez bon nombre de patients des difficultés dans les épreuves dites « exécutives ».

Avec la progression de la maladie, il sera possible de mettre en évidence :

a) des difficultés de l'évocation mnésique des événements récents ou des informations nouvelles récemment apprises. Il existe une difficulté à manipuler le matériel mémorisé. L'indiçage améliore très nettement les performances mnésiques.

b) les troubles visuo-spatiaux

Ils sont classiques mais entachés par des difficultés perceptivo-motrices.

c) la bradyphrénie

Elle comporte une apathie avec baisse de l'intérêt pour le monde environnant, une diminution des possibilités d'attention, alors que si le patient parvient à affronter l'épreuve demandée, il est apte à y répondre de façon satisfaisante. Là encore, il est difficile de distinguer le plan strictement

moteur des incapacités réactionnelles, mais le ralentissement cognitif peut être mis en évidence par des épreuves complexes où le sujet doit faire face à la nécessité d'élaborer des stratégies d'exploration. On se trouve dans un domaine très proche des troubles dysexécutifs.

e) les troubles dysexécutifs. Ils comportent essentiellement une baisse de la motivation et de la capacité de programmation et d'exécution d'une planification des tâches.

• Le syndrome démentiel proprement dit

La démence affecte classiquement de l'ordre d'1/4 des Parkinsoniens dans les séries transversales. Mais des études prospectives ont montré une prévalence bien plus considérable, de l'ordre de 80 % des malades, étudiée sur une période de 8 années (soit 6 fois plus que dans la population générale du même âge).

La démence se développe d'autant plus que le Parkinson est tardif (après 70 ans) et qu'il existe un syndrome akinéto-hypertonique symétrique avec un faible tremblement.

On insiste aussi sur l'existence de troubles moteurs axiaux, en particulier l'existence d'une parole faible avec bredouillement, sans syndrome aphaso-apraxo-agnosique.

Il se caractérise par une installation progressive qui se révèle lorsque les déficits entraînent des conséquences perceptibles dans la vie quotidienne.

1. Les troubles de la mémoire ne sont pas au premier plan, dans la mesure où mémoire de travail et mémoire épisodique ne sont pas franchement concernées, alors que le rappel immédiat après un court délai est atteint mais bien compensé par l'indiçage.

2. Au contraire, le ralentissement puis la perturbation des capacités de planification et d'exécution d'un programme finissent par entraîner des conséquences dans la vie quotidienne.

Tous ces éléments doivent être confirmés par des tests neuropsychologiques qui deviennent significativement pathologiques.

Mais, sur le plan clinique, on peut constater que le tableau se complète et s'aggrave. Il peut se produire alors des accès confusionnels. En plus de ces accès, une hallucinose visuelle est à envisager. Enfin surtout, une mauvaise tolérance à la Dopathérapie (dyskinésie, dystonie, et psychose dopaminergique) peut s'installer.

D'autre part, on peut constater que le syndrome moteur du Parkinson s'aggrave parallèlement par l'exagération du syndrome akinéto-hypertonique, avec chute et atteinte de la parole, qui devient faible et dysarthrique.

La démence semble survenir d'autant plus que le patient est âgé et que la maladie évolue depuis longtemps. Avant que les critères d'un état démentiel ne soient réunis, le patient est atteint de façon plus ou moins insidieuse par

différents déficits cognitifs qu'on ne peut mettre en évidence que par une étude neuro-psychologique spécifique.

Parallèlement au développement du déficit cognitif, qu'il ait ou non atteint le stade de la démence, on peut voir se développer divers incidents plus bruyants, qui d'ailleurs peuvent ainsi révéler le déficit cognitif sous-jacent qu'ils suggèrent.

• Les crises d'hallucinose

Il faut souvent être attentif pour reconnaître l'existence de visions hallucinosiques, survenant de façon préférentielle le soir, à la tombée de la nuit et quand le patient se trouve seul et inoccupé. Il déclare plus ou moins volontiers et de façon plus ou moins compréhensible qu'il voit des personnages, des animaux ou des fleurs, parfois des oiseaux colorés et qu'il a tendance à interpréter de façon délirante, bien que fluctuante, parce qu'à d'autres moments il reconnaît qu'il s'agit de visions. On peut facilement passer à côté de tels phénomènes d'autant que la famille, l'entourage, tentent de minimiser ou de balayer de telles absurdités « tu vois bien qu'il n'y a rien du tout », et que la parente âgée, assez étonnée elle-même, se laisse convaincre plus ou moins facilement.

Pourtant l'hallucinose peut virer clairement vers un délire confirmé, c'est-à-dire que les personnages vus sont considérés par le patient comme inquiétants, menaçants et peuvent participer à un thème persécutif. Le plus souvent un traitement à faible dose par un antipsychotique de nouvelle génération (surtout *Leponex*, *Solian* ou *Abilify*) peut entraîner une amélioration décisive.

Il est très important de chercher à retrouver par l'interrogatoire du patient et de son entourage, des notions les plus précises possibles sur :

– le début des troubles hallucinosiques ;

– les éventuelles circonstances déclenchantes ;

– le début de l'intégration éventuelle dans un véritable délire de persécution ou de préjudice ;

– la date de ces événements par rapport aux manifestations extra-pyramidales, à leur intensité et à leur réactivité vis-à-vis de la Dopathérapie.

Ces éléments sont ceux qui permettent de distinguer les différentes formes étiologiques des psychoses qu'elles soient hypo- ou hyper-Dopaminergique.

• Une bouffée confusionnelle

L'apparition d'un tel état nécessite de faire le diagnostic précis d'une baisse de la vigilance associée à une désorientation aiguë. Il convient également d'établir le bilan étiologique relatif à une infection pulmonaire ou urinaire, à l'existence de troubles métaboliques et, bien sûr, à l'usage de divers médicaments, qu'il s'agisse de médicaments antiparkinsoniens de type anticholinergique, de dérivés Dopaminergiques ou de neuroleptiques classiques.

Si la confusion ne régresse pas après avoir arrêté ces médicaments, il faut réduire la posologie des dopaminergiques. Parfois, il est difficile d'obtenir un état d'équilibre satisfaisant entre le traitement nécessaire à la mobilité et le risque de syndrome confusionnel.

De même, il est possible que le simple retrait des dopaminergiques ou l'usage des neuroleptiques puisse entraîner outre la rigidité et l'immobilité une dégradation de l'état général, avec exagération de la confusion et apparition de fièvre sans cause organique dépistable, symptômes évoquant un syndrome malin iatrogène.

• Formes cliniques et diagnostic différentiel

On remarque que les tableaux du Parkinson avec démence ou démence à corps de Lewy sont fort proches : déclin cognitif progressif avec peu de retentissement immédiat sur la vie courante par rapport à ce qu'entraîne le syndrome neurologique. On accorde une importance particulière au déroulement temporel de la sémiologie :

a) En cas de maladie de Parkinson, le début précoce de la symptomatologie extrapyramidale se traduit par le tremblement de repos et paraît plusieurs années avant le dévoilement de la démence. Et les hésitations majeures rencontrées lors du suivi clinique du Parkinsonien pour aboutir au diagnostic de démence n'en sont pas les seules causes.

b) En cas de démence à corps de Lewy, le déclin cognitif est peu marqué en ce qui concerne les troubles mnésiques. Il existe en effet d'abord des troubles attentionnels et visuo-spatiaux très proches du tableau dyséxécutif des Parkinsoniens.

Seul point caractéristique : le déclin cognitif précéderait la détection des troubles extrapyramidaux qui sont plutôt du type hypertonique avec localisation axiale expliquant des chutes précoces.

On insiste également sur la précocité des phénomènes hallucinatoires (que nous préférons dénommer hallucinosiques). En effet, ils ne constituent pas un symptôme pathognomonique, puisqu'on les retrouve avec grande fréquence dans la maladie de Parkinson et même dans la maladie d'Alzheimer, avec des épisodes transitoires, à la tombée de la nuit et souvent sans délirante interprétative associée.

De plus, on trouve typiquement des fluctuations journalières de l'attention et de la vigilance, mais on peut également voir de telles décompensations confusionnelles à minima dans la maladie de Parkinson.

Enfin, on signalera que la mauvaise tolérance aux neuroleptiques classiques et aux anticholinergiques est tout à fait partagée tant dans la démence à corps de Lewy que dans la maladie de Parkinson.

c) En cas de paralysie supranucléaire progressive (Steele, Richardson, Olszewski, 1964) :

– une rigidité axiale, c'est-à-dire une hypertonie de la nuque, des membres placés en extension et de la face avec rétraction des paupières, blépharospasme, dysarthrie et dysphagie, sans tremblement de repos associé, parfois avec un tremblement d'action;
– une ophtalmoplégie qui comporte une perte du contrôle volontaire des mouvements oculaires, avec conservation des mouvements réflexes de convergence ou de poursuite;
– une hyposomnie avec désorganisation du sommeil lent et disparition du sommeil paradoxal;
– le sujet a du mal à maintenir l'équilibre, une fois mis debout, il tend à tomber tout d'une pièce en arrière.

La démence se développe de façon parallèle à la maladie, mais elle est bien difficile à mettre en évidence dans ces conditions cliniques.

Les déficiences cognitives sont essentiellement de type frontal, les troubles mnésiques étant moins nets.

L'état dépressif est possible, de même que les troubles caractériels.

d) Le syndrome de Shy-Drager débute très souvent par des troubles sphinctériens et une hypotension orthostatique grave. Apparaissent ensuite des troubles respiratoires d'origine centrale. Ultérieurement, surviennent des troubles extra-pyramidaux et même un syndrome cérébelleux. La démence est possible mais cependant très rare.

e) Beaucoup plus fréquemment se pose le diagnostic avec des troubles moteurs comportant une hypertonie plus ou moins variable, en particulier les troubles de la marche, difficiles à distinguer des troubles moteurs pyramidaux d'origine vasculaire.

Le diagnostic en faveur de troubles extrapyramidaux s'appuie sur le mode évolutif progressif et rapide, cependant que les troubles cognitifs restent en retrait, ils ne se réalisent pleinement qu'à une phase tardive.

6 THÉRAPIES D'INSPIRATION ANALYTIQUE

L'ATTITUDE PSYCHOTHÉRAPIQUE

L'attitude psychothérapique allie la connaissance technique nécessaire pour conduire une investigation, pour préparer une prise en charge, à la capacité d'analyser régulièrement son contre-transfert.

Sans l'aptitude à mettre au clair ses réactions affectives face au sujet âgé – aptitude toujours limitée si elle n'a pas été développée par une analyse personnelle –, toutes les connaissances intellectuelles acquises même dans les livres traitant de la question utiles par temps calme, sont notoirement insuffisantes lors des tempêtes transférentielles.

Or les tempêtes sont le propre des psychothérapies du troisième âge. L'appareil pulsionnel du sujet âgé n'est endormi que pour ceux qui se tiennent à distance. Dès qu'on s'en approche, on est rapidement confronté à des orages où l'amour et la haine se côtoient. La raison est simple : le vieillard est tôt ou tard jaloux de la jeunesse du médecin. Avoir sous les yeux une vie active au moment où il perd la sienne réveille des révoltes, des colères sourdes, difficiles à contenir tout le temps, même s'il s'oblige à le faire dans le but de garder près de lui le médecin dont il a désormais un si grand besoin. Le travail de répression des affects est d'autant plus coûteux à réaliser que le Moi s'affaiblit. Les meilleures volontés échouent. Aussi vaut-il mieux le savoir avant d'engager l'aventure thérapeutique, ne serait-ce que pour mieux contenir les revendications le jour où elles éclatent. Si elles n'éclatent pas, c'est qu'elles sont cadenassées par un rituel. Elles reviennent alors de façon détournée par des actes manqués ou par la majoration de plaintes somatiques.

On recherche donc dès les premiers entretiens à dresser le bilan des ressources disponibles, à mettre en évidence les aptitudes restantes et à évaluer la capacité du sujet à tolérer la frustration.

Pour l'immédiat, l'examinateur reprend des éléments du discours du patient, le relance quand c'est nécessaire, réactive au besoin son activité associative. Rien d'original en somme, si ce n'est que proposer une interprétation au cours de ce temps d'investigation est généralement assez hasardeux. On risque plus de faire partir le patient que de l'inciter à revenir. Selon le cas, objectera-t-on, ce n'est peut-être pas plus mal. Mais en règle générale, la conduite aseptique est la plus appropriée, à cause de la mauvaise qualité des défenses. Le vieillard qui offre une lecture claire de ses conflits à un observateur, en raison même de la faiblesse de ses défenses, n'est pas pour

autant prêt à recevoir d'emblée les reflets de son image. Son narcissisme affaibli refuse d'entendre ce qu'il aurait supporté plus jeune.

On travaille donc à favoriser d'abord l'installation d'un transfert positif, d'un climat transférentiel de bon aloi, à partir duquel on jugera, chemin faisant, jusqu'où il est possible d'évoluer.

Les patients qui y répondent par une suractivité à l'image de leurs anciennes compensations, ou à l'opposé par une conduite dépressive sont franchement sur la défensive. Ceux qui apportent une réelle chaleur, de l'intérêt, de la curiosité, le désir de comprendre indiquent rapidement leur niveau génital, ensemble de données qui détermine le choix du type de psychothérapie à proposer.

Bien que la cure-type soit l'indication de choix lors d'une souffrance névrotique d'organisation génitale, il faut bien reconnaître que sa pratique reste exceptionnelle au-delà de soixante-dix ans. Ce ne sont plus tant les réserves freudiennes qui freinent encore les analystes aujourd'hui que la crainte d'une régression trop poussée, tôt ou tard impossible à mobiliser. Aussi recourent-ils au face-à-face en introduisant certains aménagements techniques.

Une remarque cependant. La prise en charge par la psychanalyse des névroses a créé, avec le temps, une nouvelle catégorie : celle des patients déjà traités. Parmi eux, certains s'appuient sur le souvenir d'un travail positif et fructueux pour venir demander une reprise tardive afin de réchauffer une vie mentale refroidie par l'isolement ou des difficultés circonstantielles. On cite de plus en plus de cas de sexagénaires qui peignent, écrivent, jouent de la musique ou participent à des réunions savantes depuis qu'ils ont repris une tranche d'analyse. Nous pouvons déjà prévoir que ces cas se multiplieront.

LES PSYCHOTHÉRAPIES D'INSPIRATION ANALYTIQUE

Le but de la psychothérapie consiste à renforcer le Moi du patient afin que celui-ci affronte mieux les tensions auxquelles il est inévitablement soumis. « Que le Moi advienne là où était le Ça », comme le propose Freud pour la cure-type. La visée reste là même quand les objectifs sont plus modestes.

L'affaiblissement du moi

Au cours du vieillissement, l'affaiblissement lent du Moi peut être aggravé par une situation conflictuelle. Une aide momentanée est alors salutaire.

L'affaiblissement progressif du Moi s'observe sur deux plans : topique et fonctionnel. Par référence à la première conception du Moi qui propose une métaphore co-extensive – son expansion se ferait par inclusion de nouvelles

unités –, on peut dire que le Moi vieillissant se rétracte. Il perd des fragments de lui-même, spécialement au niveau des performances intellectuelles. Sur le plan fonctionnel, on observe une réduction de la qualité de préconscience du Moi qui se traduit par une baisse du recrutement associatif.

Ainsi le travail, au sens du travail du rêve ou du travail de deuil, est une opération intrapsychique qui s'accomplit moins bien. Peut-être faut-il y voir la raison d'une évolution par crises de l'appareil psychique, avec réorganisation à un palier inférieur, tandis que l'évolution du fonctionnement d'organe est plus linéaire, plus régulière.

Nous savons que, pour éviter l'angoisse d'origine sexuelle, la tension produite doit être élaborée, transformée en affect. Faute d'élaboration suffisante, l'excitation provoque un afflux d'énergie non liée psychiquement, un état d'angoisse névrotique. Le Moi, qui a pour tâche de lier ou de maîtriser l'excitation, est menacé de débordement en vieillissant. Le seuil de débordement est d'autant plus vite atteint qu'un conflit actuel affaiblit momentanément un Moi déjà chroniquement diminué.

Les modalités de réponse

Les conflits majeurs portent sur la réduction de fonction qui réactive le complexe de castration. Selon l'aptitude spontanée du sujet à relancer l'élaboration de sa castration, à abandonner une position antérieure pour en investir une nouvelle, on note plusieurs types de réactions : l'acceptation, le raidissement et la régression.

L'acceptation

L'acceptation de la vie comme elle est, avec sagesse et philosophie, est favorisée bien entendu par le sentiment d'une vie bien accomplie, mais surtout par la capacité à investir la passivité comme source de plaisir. Pour ces sujets capables de trouver du plaisir à vivre dans des positions inconfortables, voire franchement difficiles, il existerait une forme de passivité qui ne serait pas une castration. Le fait, plutôt rare, force l'admiration. Il mériterait, à lui seul, une étude approfondie.

Le raidissement

Le raidissement est incontestablement plus fréquent. Soit partiel, soit trait dominant de la personnalité, il est la traduction d'un Moi sur la défensive. La plupart du temps, il s'agit d'un homme qui veut rester jeune, envers et contre tout, au risque de se placer dans des situations de rupture. Du reste, elle se produit souvent sous la forme d'un accident somatique dont l'issue peut être la mort. Une société qui encense la jeunesse et la performance encourage ces positions à risques. Autant un troisième âge actif, ouvert,

alerte et autonome est un progrès réel pour tous, autant une prolongation artificielle d'une jeunesse d'apparence est une erreur de jugement, d'où l'agressivité n'est pas absente. Quand au refus de la castration des patients s'ajoute celle des médecins, le risque des accidents s'accroît. Sur le plan psychique, la prime ainsi offerte à la mise en actes accentue, à terme, les traits de caractère au détriment des défenses du Moi. On comprend que ces amateurs d'escalade soient rarement demandeurs d'aide psychologique. La demande vient par le biais de l'entourage, épuisé ou légitimement inquiet. Elle peut venir aussi de l'intéressé après un accident réel. A ce stade, l'approche psychologique se heurte à une composante phallique dominante, qu'on est bien obligé d'apaiser avant d'engager le travail véritable. Et tout au long de la psychothérapie, des sursauts de raidissement peuvent compromettre la bonne marche du traitement, voire l'interrompre. Dans les cas heureux, l'investissement du thérapeute conduit à trouver un nouvel intérêt pour le fonctionnement interne. Quand il n'est plus indispensable de cultiver une jeunesse d'apparence pour être assuré de conserver son thérapeute, la partie est bien engagée. Elle prend alors l'aspect d'une psychothérapie courante de personnes âgées : les échanges sont banalisés par les réactions de prestance de l'aîné, qui cherche à donner des leçons au plus jeune – réactions que le thérapeute apprend à supporter pour ce qu'elles sont – et par une érotisation de la situation, qu'il vaut mieux savoir gérer en face-à-face, comme une résistance banale.

La régression

La régression, qui est le plus souvent de type névrotique, peut parfois descendre jusqu'au niveau psychotique. Elle conduit alors vers des états bien difficiles à mobiliser.

Névrotique, elle se manifeste comme une cécité psychique associée à une quête de bénéfices secondaires. La maladie est vite transformée en rente de situation. La raison majeure tient à la moins bonne répression de l'agressivité. Celle-ci ne peut plus s'épuiser dans la pratique d'un sport, ni être canalisée par une activité suffisante ; elle produit des retours caractériels. La tentation de médicaliser la situation grandit, d'autant que la plainte somatique acquiert vite à cet âge le statut d'un compromis acceptable. On entre alors de plain-pied dans le champ de l'hystérie du vieillard, où les négociations s'organisent autour de plaintes répétées tant que la démarche implicite n'a pas reçu la satisfaction narcissique et corporelle attendue. Les kinésithérapeutes qui pouponnent d'instinct leurs vieillards le savent d'expérience. Souvent, il n'y a pas mieux à faire quand l'espoir d'améliorer une tolérance à la frustration a disparu.

L'angoisse

Sur le plan sémiologique, l'angoisse signe la souffrance névrotique. On parle souvent d'angoisse de mort au sujet du vieillard, sans qu'elle soit

donnée à voir telle quelle. La plupart du temps, en effet, elle s'exprime en termes d'angoisse de castration, puisque tout se passe comme si une baisse de capacité, importante et durable, portait d'abord la marque d'une punition. Ainsi l'adénome de la prostate serait la conséquence de l'onanisme, une moins bonne digestion celle d'excès de table, une baisse de la vision celle de lectures prolongées... Bref, au constat de l'atteinte d'organe, s'ajoute presque toujours une interprétation où la maladie est la conséquence d'une faute. Au-delà du réveil de la culpabilité, on décèle un désir de maîtrise, l'illusion d'une prise sur l'événement. L'analyse en est souvent délicate.

Que l'angoisse de mort s'exprime d'abord par l'angoisse de castration tient aux limites de l'Inconscient, incapable de fonctionner sans expérience. S'il lui est donné de faire l'expérience de la mort des autres, de connaître le deuil, par définition sa mort lui reste à jamais inconnaissable. Ce qu'il connaît, ce sont les limites à vivre imposées par l'existence, mises en fantasmes et refoulées sous la forme de théories sexuelles infantiles. Les menaces de castration ont été entendues – ou fantasmées, ce qui revient au même – de la bouche de la mère et brandies par le père. Aussi l'enfant s'imagine que les humains sans pénis en ont été privés à cause de leurs mauvaises habitudes. Quand, plus tard, un manque à vivre se présente, qu'une atteinte de l'intégrité corporelle soit infligée par le sort, tout se passe, pour l'Inconscient, comme si l'événement était plus la marque d'une sanction attendue, redoutée, que la simple conséquence des risques de la vie.

Au cours de l'inéluctable involution infligée par le vieillissement, l'angoisse de castration est toujours présente. Elle est intense quand la composante névrotique est forte. Pour la contenir, le Moi mobilise des mécanismes de défense dont les plus fréquents sont la dénégation, le déni, mais aussi l'utilisation névrotique du réel et l'hypocondrie.

La dénégation

Elle correspond au moment où l'idée inconsciente émerge. Elle a donc valeur d'indice. « Je n'y avais jamais pensé », déclare le patient. « J'ai été prise par une vieillesse inattendue », s'étonne une femme qui s'en croyait protégée. La dénégation marque un décalage entre le fait perçu et le constat de la réalité. Le Moi oublie ce qui le dérange. L'oubli porte aussi bien sur le déclin d'une perception que sur celui d'une fonction intellectuelle ; face à un souvenir gênant, il est le bienvenu, quand le rappel d'une perte de mémoire dérange. On peut aussi faire comme si on n'avait pas oublié. Actes manqués et dénis sont tour à tour opposés à l'interlocuteur avant que le simple constat de faits ne soit accepté.

En cas d'accident somatique important, l'activité psychique témoigne d'une réelle hésitation. D'un côté le fait est reconnu, de l'autre il est nié. Un jeu compliqué s'instaure entre ces deux parties du Moi qui s'opposent. L'une travaille à reconnaître la réalité, l'autre la refuse. Habituellement, on admet

que le refus d'une expression pulsionnelle est plutôt névrotique et que le refus d'une réalité extérieure est plutôt psychotique. La clinique du sujet âgé est plus incertaine, du moins dans son expression, à cause de la pesanteur du réel. Le réel du vieillissement et du handicap physique vient facilement occulter le fantasme. Ou encore le sujet utilise le réel de façon tellement contra-phobique qu'il masque son activité fantasmatique. Au fond, tout se passe comme s'il était moins difficile d'accuser l'organe défaillant que de parler des fantasmes que cette défaillance réveille. La plainte d'organe sert à se protéger d'une frayeur plus grande que la douleur physique.

Le travail du thérapeute

Ainsi, le travail psychothérapeutique est-il lent, difficile, partiel, sous la menace constante d'une séparation par lassitude. Seule une attitude confiante érode lentement les résistances alimentées par la souffrance corporelle et l'érotisation de la relation. En d'autres termes, le thérapeute du sujet âgé est dans l'obligation de reprendre l'élaboration de son complexe de castration. Depuis longtemps, il savait qu'aider à vivre était plus important que s'acharner à guérir. A présent, les situations de souffrance chronique lui font découvrir que le meilleur service à rendre au malade consiste à lui montrer que le médecin a bien l'intention de survivre à l'envie trouble qu'a le malade de l'entraîner avec lui dans la mort.

En raison du parentage thérapeutique, le médecin est investi par le malade comme un être chargé de compétence et d'autorité. Mais, simultanément, en raison de la différence d'âge, le médecin est aussi vu comme un fils. La redistribution des rôles met le patient au cœur d'un jeu compliqué où le risque projectif est constant, en particulier quand le père craint la force du fils en vertu de la loi du talion. Quand le patient redoute la force qu'il réclame, le médecin doit s'exercer à repérer ces projections et à les contenir parce qu'elles sont une mise à l'épreuve, un test inconscient. Au fond, le sujet âgé en difficulté ne demande qu'à être démenti. Tout aussi inconsciemment, il exige beaucoup de son médecin. Il cherche à y déposer la meilleure partie de lui-même, un mouvement narcissique, assez illusoire, qui semble universel chez les hommes aux portes de la mort.

Ainsi, le thérapeute est-il chargé d'une double mission : celle de contenir et de comprendre. Contenir l'intensité des mouvements transférentiels d'abord. Positifs, ils donnent lieu à des constructions idéalisantes par lesquelles le médecin est paré de vertus curatives magiques. Seul un infantilisme névrotique du médecin pousserait ce dernier à prendre ces formulations au pied de la lettre. Négatives, elles libèrent des attaques hostiles, méchantes visant à ébranler le thérapeute aussi fortement que possible, histoire de lui donner à sentir ce qui se passe chez un homme révolté par

l'approche de la mort. L'accumulation de ces mouvements alerte le clinicien. Au début, il contient l'orage en fonctionnant comme un pare-excitation ; il se contente d'attendre le retour au calme.

Ensuite, il cherche à donner du sens à ces mouvements transférentiels. Il n'y parvient pas toujours. Mais, quand le sujet est insatiable, qu'il vampirise son interlocuteur comme si une ration de chair fraîche pouvait retarder sa mort, qu'il le couvre d'éloges alors que les soins sont inchangés, qu'il donne libre cours à une jalousie enfantine parce que ce jour-là le médecin a accordé cinq minutes supplémentaires d'entretien au patient précédent, ou qu'il s'applique à jouer les demandeurs effacés dans l'espoir d'obtenir, à terme, des faveurs supplémentaires, on débouche sur du matériel tout à fait lisible et vivant. L'avidité affective n'a pas d'âge. Il n'y a pas d'âge non plus pour vivre comme un enfant.

La sexualité du moment est à la fois une quête consciente de plaisir à consommer sur place et une remise en jeu de la scène primitive modulée par le rappel d'une sexualité d'adulte. Le souvenir des expériences réelles sert de base à la relance de la jubilation infantile. Il n'est plus question d'être un enfant qui s'approprie le plaisir des adultes par identification, mais d'être un ancien adulte sur la scène mentale pour renouer avec les plaisirs de l'enfance.

On a compris que la psychothérapie du sujet âgé vise moins à interpréter les difficultés actuelles en fonction des complexes infantiles que de rendre d'abord la vie mentale possible par la réunion de conditions favorables. Techniquement, on peut dire que l'amélioration obtenue vient plus d'un investissement d'objet réussi que d'un transfert au sens classique du terme. Le transfert, quand il existe, reste l'exception. Généralement, on travaille en deçà du transfert.

LA CURE TARDIVE

Les époques du vieillissement

Vouloir dater le vieillissement psychique à partir de l'âge civil relève du désir de rendre compte de la réalité psychique par référence au calendrier, c'est-à-dire à la réalité extérieure. On connaît par expérience les limites de ces tentatives qui au mieux ne pointent jamais qu'une corrélation approximative, sans pour autant nous éclairer sur la nature des mécanismes à l'œuvre, ici le processus du vieillissement psychique. À l'inverse, nous ne pouvons pas soutenir longtemps que l'appareil psychique resterait superbement indifférent à l'écoulement du temps. Le tenterait-il par un mouvement de dénégation, voire de déni, que la réalité somatique et corporelle ne tarderait pas à lui apporter un sérieux démenti. En sorte que l'âge civil et le psychisme interagissent, l'un sur l'autre, sans que nous sachions très bien

comment, une singularité dont l'attente de clarification ne nous empêche pas de proposer, dès maintenant, quelques repères cliniques.

Par exemple, on peut distinguer l'adulte vieillissant, l'adulte vieux, le vieillard et le vieillard malade.

L'adulte entre dans la carrière vieillissante à mi-vie, c'est-à-dire au moment où il découvre qu'il a déjà vécu la moitié de son existence, et que, désormais le temps qui lui reste est plus court que celui qu'il a connu. Pour lui c'est une nouvelle expérience qui débouche, plus ou moins, sur une prise de conscience. Cette prise de conscience peut-être contrariée par une mise en jeu de mécanismes de défense, notamment le refoulement. Sous l'effet du refoulement, la représentation de finitude insupportée par l'Idéal du Moi, connaîtra le sort habituel du matériel refoulé : disparition de la conscience, conservation dans l'inconscient puis retour dans les rêves, les lapsus et les actes manqués. Un tel retour du refoulé ne signe moins l'acceptation des limites temporelles qu'il ne traduit la prégnance de notre rêve d'éternité.

L'acceptation de notre finitude est le fruit d'un travail sur soi, de la capacité à reconnaître comme périssable un narcissisme bien installé par nature dans l'intemporalité. Ce travail difficile aboutit pourtant chez quelques uns, quand il réclamerait plutôt l'aide d'un tiers pour réussir chez les autres. Pour ces derniers, le travail psychique se révèle précieux chaque fois qu'il est possible puisque ce travail est, à terme, réducteur de souffrances et libérateur d'énergie. Le sujet libéré de défenses coûteuses peut se consacrer à des tâches plus heureuses que celle qui consiste à lutter contre la peur de la mort.

Si l'on voulait situer l'adulte vieillissant entre deux époques on pourrait dire que son état commence au moment où l'expérience de mi-vie lance sur la scène mentale la représentation de sa fin annoncée, pour se poursuivre jusqu'au moment de la perte de ses issues sublimatoires, notamment professionnelles. Cette nouvelle expérience de limites à vivre mobilise le complexe de castration. Du degré d'élaboration de ce complexe de castration dépendra le sort psychique de l'adulte vieillissant.

L'adulte vieux est un être autonome dont les fonctions corporelles et psychiques permettent de quitter une condition pour en investir une autre, de compenser relativement les pertes par l'investissement de nouveaux intérêts. L'adulte vieux se situerait entre la mise à la retraite et le virage des 80 ans. Pourquoi 80 ans ? Parce que la clinique courante montre que les facultés mentales connaissent un fléchissement sensible à partir de cet âge.

Le vieillard, c'est-à-dire le sujet fragilisé par une perte notable de ses capacités physiques et mentales, se situe généralement au delà de 80 ans. La vie s'organise autour de la conservation des acquis.

Le vieillard malade n'est pas nécessairement plus vieux, civilement, que son contemporain. Pourtant tout se passe comme s'il l'était à cause d'une vie alourdie par le handicap physique. La pathologie somatique s'ajoute à l'usure du temps, une condition aggravante qui ne se rencontre plus que

dans 20 % des cas aujourd'hui grâce à l'amélioration des conditions de vie associée aux progrès de la médecine. Une façon de rappeler que 80 % de nos séniors connaissent un troisième âge ouvert sur pas mal de possibles.

Du point de vue psychique ces quatre catégories vieillissantes se chevauchent. Elles ne peuvent pas se succéder linéairement puisqu'elles sont déterminées par plusieurs paramètres dont la combinaison heureuse retarde le vieillissement, quand leur combinaison malheureuse l'accélère. L'important du point de vue psychique consiste à évaluer ce qui l'emporte ou la relance d'une conflictualité ancienne analysable par l'interprétation du transfert, ou l'actualité d'une souffrance à réduire par une position contenante.

Le transfert et le contre-transfert

De cette esquisse des catégories, on peut tirer quelques indications. À savoir que la cure, ainsi que de la psychothérapie analytique, sont, pour l'adulte vieillissant et l'adulte vieux, grosso modo les mêmes que pour le patient adulte. L'analyse du contre-transfert peut donc s'engager pour l'analyste dans un cadre familier, un cadre à peine modifié par des aménagements.

Il en est tout autrement pour l'abord psychique du vieillard et du vieillard malade. Les paramètres de la cure sont remis en cause parce qu'un changement majeur survient dans l'économie psychique du patient. On a beau savoir, intellectuellement, qu'il faut abandonner le rêve d'éternité, une chose est le de le savoir, une autre est de le vivre. Une fin sexuelle ou professionnelle, la perte d'un compagnon coûtent chers à l'économie psychique, d'autant plus chers que les capacités d'investissement se sont déjà érodées à bas bruit. Comme on le dit aujourd'hui d'une PME en difficultés parce qu'elle manque de trésorerie, le vieillard manque de fonds propres. Sa vie mentale se crispe sur le présent, ou sur un passé idéalisé, tellement que l'analyste n'a plus d'autre choix que de travailler cette situation actuelle, que de rechercher les moyens de la contenir plutôt que d'interpréter une conflictualité irrecevable à ce moment-là.

Ce faisant, l'analyste opère un changement de plan. D'habitué qu'il était à axer son travail sur l'interprétation de la conflictualité, source principale de la souffrance névrotique du sujet jeune ou moins jeune, il découvre que la situation vieillissante l'incite d'abord à aider le patient âgé à vivre jusqu'au bout. Pour atteindre son objectif, il doit investir d'emblée et solidement les processus mentaux de son patient âgé tels qu'ils sont dans l'actualité de la séance. Ensuite, si l'évolution le permet, c'est-à-dire si le patient investit à son tour ses propres mouvements psychiques, l'analyste pourra s'autoriser quelques incursions dans l'histoire du patient. Ces incursions ne sont pertinentes que dans la mesure où elles sont bien supportées par le patient, qu'elles ne menacent pas son équilibre actuel, et parce que l'analyste a de bonnes raisons de penser que l'interprétation d'un conflit ancien sera réductrice de

souffrance. Une opération plus difficile à réussir qu'on ne le pense car le patient qui vit une castration actuelle en inflige une autre à l'analyste. En sorte que l'analyse du contre-transfert devient l'analyse d'une castration analytique. Toutefois, sur le plan théorico-pratique il s'agit moins de changer de position analytique que de changer d'objectif puisque tactiquement l'analyste investit plus des processus mentaux qu'il ne cherche à en enrichir le sens.

La population de patients évolue aussi. Par exemple, nous assistons à l'émergence d'une nouvelle catégorie : celle des patients déjà analysés. En effet, ce n'est plus la même chose d'engager un travail avec un patient âgé venu pour la première fois à l'analyse que de relancer un nouveau travail avec un patient qui a déjà fait un parcours analytique. Le patient qui connaît les séances, qui en a heureusement bénéficié au point de les réinvestir au moment où il rencontre de nouvelles difficultés, est déjà dans l'alliance analytique. Le débutant, en revanche, est parfois très loin de cette alliance. D'autant que le sujet vieux ne peut plus engager un processus transférentiel tout de suite : il lui faut du temps. Le transfert du sujet âgé est un processus lent à s'organiser.

Ce n'est pas la même chose non plus de se trouver en présence d'une situation compensée ou, au contraire, décompensée par la réactivation d'un fantasme. Le vieillard compensé trouve dans le libre jeu de ses sublimations un plaisir à vivre qui contrebalance, au moins en partie, la souffrance de la perte. Le vieillard décompensé est celui chez qui la balance libidinale se déstabilise.

Par exemple, un homme de 80 ans créatif, à l'esprit toujours en éveil jusque là, brusquement s'alite. Du jour au lendemain, il ne veut plus rien faire. Sa famille ne le reconnaît plus. À l'examen aucun signe de démence, mais un repli massif. Que se passe-t-il ? Il faut du temps pour rétablir la séquence de décompensation. En fait, l'effondrement date d'une opération de la prostate. L'opération avait coupé l'éjaculation, « mais pas l'érection », se tuait à répéter un chirurgien qui croyait encore aux vertus de l'argument rationnel. Le patient sourd à l'injonction, ne voulait rien savoir. Il déclara qu'il avait assez travaillé toute sa vie, et demanda qu'on le laissa tranquille. Au fil des entretiens, le patient n'était pas vraiment déprimé, mais très régressé. Derrière cette régression, l'opération de la prostate avait été vécue comme la réalisation tardive d'un fantasme infantile : la menace de castration était tombée tel un couperet, mutilant le corps et isolant la pensée des interprétations. Cet homme n'accepta pas de reprendre la marche.

Voilà une difficulté majeure pour l'analyse en matière de travail tardif. Car les patients âgés ont toutes les raisons de se plaindre. C'est vrai qu'ils ne vont pas bien. C'est vrai que leur corps accumule les souffrances et s'éloigne de la jouissance. C'est vrai que la mort approche. À ceci près que ce n'est pas notre travail d'analyste que de porter attention sur leurs plaintes. Notre travail consiste à nous demander ce qui se passe quand nous sommes empêchés de penser, à tenter de voir à quoi correspond cette difficulté de penser dès que nous approchons de la vieillesse et de la mort.

Pour nous cliniciens, le danger majeur consiste à céder à la pression des rationalisations selon lesquelles c'est normal qu'un vieillard souffre à son âge : la défaillance somatique, la baisse des performances sont du présent. À ceci près que si on se place du point de vue du vieillard, ce n'est jamais normal pour lui ! Personne ne peut réellement penser sa fin, personne ne veut se penser mortel. Le désir de vie est intemporel comme l'inconscient qui l'alimente.

Que se passe-t-il en nous au moment où nous trouvons « normal » le malheur du vieillard ? De quelle résistance, de quel contre-transfert sommes nous le siège ? Ne sommes-nous pas précisément en train de perdre notre qualité analytique sous l'effet d'un redoutable contre transfert ? Et si nous prenions le problème autrement en nous demandant à quoi correspondent ces arrêts de la pensée analytique ?

Où l'on rejoindrait Freud lorsqu'il écrit que « *le contre-transfert c'est l'influence du patient sur le médecin* ». Ces butées sont connues, et nous savons par expérience que seule une analyse du contre-transfert permet de les dépasser.

LA PSYCHOTHÉRAPIE D'ACCOMPAGNEMENT

Parvenir à une lecture aussi claire que possible du conflit actuel, voilà l'objectif. Cependant, y parviendrait-on que cette opération ne profitera pas obligatoirement au malade. Tout dépend de ses ressources. A trop l'ignorer, ce qui est clair pour nous risquerait de ne l'être jamais pour lui.

C'est qu'au-delà d'une présentation avantageuse, au cours d'un entretien par exemple, il peut exister un état d'épuisement provoqué par une maladie somatique. L'avantage du moment n'est dû qu'à un patrimoine psychologique et intellectuel au-dessus de la moyenne, quand les capacités d'élaboration sont déjà réduites. Dans ce cas, la limitation fonctionnelle provoquée par l'état somatique compromet tout effort de construction à deux.

Aussi, le rôle du thérapeute se borne-t-il à adoucir les souffrances du moment, en attendant mieux. Même si les soignants parlent de deuil à faire à propos de perte du conjoint, de mise à la retraite ou de mort d'un animal familier, même si tout cela est vrai, la priorité ne consiste-t-elle pas à déterminer ce que le patient nous demande, ce dont il se sent capable ?

Un sujet âgé qui n'a jamais manifesté beaucoup d'intérêt pour son psychisme, qui serait même phobique devant ses fantasmes, dont les défenses déjà raides se minéralisent avec le temps, qui s'appuie sur le réel pour se protéger du mental, dont le retour en force de l'analité s'exprime par un énorme besoin de maîtrise, pourra incontestablement offrir toute une série de lectures savantes au clinicien averti. Mais dans quelle mesure cette lecture profitera au malade ? On est alors réduit à se montrer protecteur du fonctionnement actuel.

Pratiquement, on peut signaler deux situations typiques :

Respecter le réveil d'une vieille souffrance névrotique, enchâssée dans le réseau de névrose obsessionnelle serrée, qui constitue à la fois le triomphe de l'immobilisme et une forme de demande, très limitée, très contrôlée, constamment sous surveillance. C'est pourtant par elle qu'un point de contact peut s'établir. Contrairement à ce que la clinique psychanalytique nous enseigne, il faut ici se servir du symptôme, seul trait d'union qui subsiste.

Telle vieille femme de quatre-vingts ans parle régulièrement de ses « phobies », de sa peur d'emporter de la mort-aux-rats à la semelle de ses souliers chaque fois qu'elle sort dans la rue, un poison dont elle craint de souiller par mégarde la moquette de ses amis. Dès qu'elle se déprime, ses phobies l'envahissent, phénomène bien connu. Les décrire à son psychothérapeute, qu'elle peut « empoisonner » sans que mort s'ensuive, est chaque fois source d'apaisement, de courte durée certes. Mais est-il possible de faire mieux ? Et puis, chemin faisant, le transfert positif s'établit tout de même. Le patient qui n'ose pas l'exprimer directement s'arrange pour le faire connaître à un tiers, de manière à ce que tôt ou tard l'information circule, revienne aux oreilles du médecin.

Respecter une apparence de guérison à l'occasion d'un mouvement transférentiel trop rapide pousse le patient à s'échapper. On ne peut que le laisser faire, même si l'amélioration observable est de courte durée. Une intervention chirurgicale réussie, restituant une vision perdue par exemple, peut très bien recouvrir ce mouvement et lui servir de prétexte. L'avidité à jouir de la vie qui reste pousse l'intéressé à tourner son regard vers le dehors plus que vers le dedans. Peut-on lui en vouloir ? Une aire d'illusion et d'intérêt renaît, laissons-la suivre son cours. Il sera bien temps de reprendre le travail psychothérapique ultérieurement, quand le patient le réclamera.

L'accompagnement est donc cette compréhension bienveillante et momentanée qui consiste à accepter de ne pas toucher aux conflits – pourtant lisibles –, parce que la précarité des défenses actuelles alliée à un regain d'intérêt pour l'existence rendrait l'intervention inopportune. On perd une occasion de savoir, parce que la protection l'emporte sur la compréhension. Certains s'en aperçoivent. Ils changent alors de position pour revenir, au bout d'un temps, demander la reprise du travail suspendu par eux-mêmes, dans l'espoir cette fois d'aller à la découverte.

LA PSYCHOTHÉRAPIE DE COUPLE

L'ancienneté d'une vie conjugale ne protège pas forcément contre des difficultés tardives. N'importe quelle organisation à deux peut être décompensée par un changement radical. Les plus remarquables sont la mise à la retraite, une maladie mentale ou somatique, le déclin de l'un des conjoints.

On retrouve ici le poids de la réalité extérieure, aussitôt mise en accusation par les intéressés. Mais derrière elle, la réalité psychique, singulièrement concernée, s'active à la recherche d'un rétablissement d'équilibre. Certains sujets, assez habiles, l'inventent tout seuls. D'autres, et ils sont les plus nombreux, ont besoin d'une aide extérieure.

La mise à la retraite réduit brusquement la possibilité de compter sur des satisfactions renouvelées, rencontrées en dehors du foyer. L'activité professionnelle apportait un cadre, un réseau relationnel où vivaient échanges et conflits, des systèmes tampons en somme. Réapprendre à vivre à deux dans l'espace restreint d'un appartement, que chacun avait occupé à sa manière jusque-là, n'est pas seulement source de frictions pour des raisons matérielles, mais aussi source de tensions psychologiques provoquées par le rapprochement. Et il est des rapprochements aussi redoutables que des pertes. Dès qu'une composante anale est dominante dans une organisation mentale ou que la désintrication partielle des pulsions la remet au premier plan, le cadre de vie investi comme le prolongement de soi-même se transforme en source de conflit. On observe des réactivations de fantasmes de pénétration, suivies d'explosions caractérielles inattendues ou, à l'opposé, l'édification de ritualisations défensives de plus en plus serrées. Chacun en souffre, mais n'ose en parler. Du reste, ce ne sont pas pour ces raisons que les sujets en difficulté viennent consulter. Ils se plaignent généralement d'inconfort somatique ou d'irritabilité croissante, d'insomnie. On pense, le cas échéant, à une dépression sans vraiment pointer son origine, pour finalement découvrir une conjugopathie développée sur une difficulté actuelle.

Généralement, les sujets n'aiment pas en parler ensemble. Des entretiens espacés avec l'un, puis l'autre des conjoints sont mieux acceptés. Ainsi, les fantasmes qui gangrenaient l'activité imaginaire, sans pouvoir être mis en circulation, trouvent déjà une issue salutaire. Chemin faisant, on découvre ce que chaque protagoniste attend du médecin. Une fois dépassées les tentatives de vouloir, tour à tour, le mettre dans son camp, les répercussions d'une maladie sur la vie conjugale peuvent être abordées. Dans l'ensemble, les femmes s'accommodent mieux que les hommes de la maladie du conjoint. Peut-être parce qu'elles sont moins ambitieuses ou moins désemparées. En revanche, les maris ont besoin de se sentir investis par le médecin, comme le délégué du pouvoir médical qui va désormais régler la vie quotidienne. Bien entendu, c'est chaque fois affaire de dosage de manière à n'être pas embarqué par des désirs de contrôle trop contraignants, de manière aussi à ne pas démobiliser une bonne volonté qui s'offre en relais précieux. A la longue, quand les choses sont bien engagées, on ne peut plus soigner l'un sans l'autre. Pour éviter l'annulation des tensions réelles, favoriser leur formulation devant le médecin, il est bon de voir isolément l'un et l'autre, puis les deux ensemble. Les versions diffèrent toujours, ce qui signe la qualité de l'échange clinique. Progressivement, on peut canaliser les produits de l'activité pulsionnelle vers des représentations adoucissantes. Le mélange explosif est alors désamorcé. Bien

entendu, on travaille au niveau du Moi conscient pour ce qui est du formulé, une transaction manifeste indispensable pour que l'essentiel apporté par l'investissement d'objet puisse œuvrer en coulisse.

Le travail modeste sur le plan de la technicité psychopathologique rend les plus grands services aux intéressés, ne serait-ce qu'en évitant des hospitalisations intempestives, décidées dans un moment de crise, qu'une gestion douce et prévenante permet d'éviter.

Dans le cadre de ce travail progressif et prudent, on reçoit des confidences qu'une activité précipitée ne permettrait pas de recueillir. Par exemple, un homme de soixante-quinze ans décrit avec une certaine émotion le réveil d'une puissance sexuelle qu'il croyait à jamais endormie et dont la tension conjugale avait accéléré le déclin. Ou encore une femme de quatre-vingt deux ans rêve qu'elle est l'objet de visions aimables capables de réchauffer des émois qu'elle pensait appartenir au passé. Ainsi, les entretiens offrent le droit de parler d'une vie sexuelle sans qu'elle soit réprimée, ni égrillarde, mais comme une composante tendre de la vie dont il n'est pas facile, ordinairement, de faire confidence.

Longtemps après, on apprend qu'une femme qui buvait clandestinement, qui abusait de psychotropes et se répandait en plaintes hypocondriaques, s'enlisait dans un état de carence qui, au lieu d'alerter le mari, l'éloignait plus encore. Des entretiens répétés favorisèrent un rapprochement supportable, en particulier après la mise au jour des fantasmes du mari : il s'était construit une version inquiétante de ses propres réserves de santé.

Ensemble, il s'agit de rechercher la bonne distance. L'expérience pousse à imaginer qu'un progrès important est obtenu chaque fois qu'un sujet n'est plus laissé seul avec ses fantasmes. Au passage, on peut se demander si la redécouverte de la sexualité par la psychanalyse n'est pas une façon occidentale de renouer avec la vieille sagesse hindoue pour qui la sexualité est plus un acte public qu'un acte privé. En Asie, dans les grands moments de la vie sexuelle, un être humain n'est jamais laissé seul avec lui-même. Transposé sur la scène mentale, ne faisons-nous pas de même au cours de nos psychothérapies ?

Quoi qu'il en soit, dans les cas heureux, on observe un net accroissement de la tendresse par diminution de la composante agressive, une qualité de vie qui porte en elle-même la récompense des efforts dispensés.

LA RÉANIMATION MENTALE

Au sortir d'un accident somatique, l'appareil psychique du sujet âgé peut se révéler transitoirement ou durablement appauvri. Sa pensée est non seulement devenue squelettique, privée de développement, d'associations, des émotions qui donnent de la couleur et de l'originalité au discours, mais elle

est aussi portée par une ligne mélodique monotone et lente. Le sujet n'est pas psychotique, car sa pauvreté n'est pas dysharmonieuse. Les productions mentales sont rares, dévitalisées, distantes les unes des autres. On est en présence d'un processus de désertification qui n'est pourtant pas démentiel. L'évolution de cette espèce d'anémie psychique peut être rendue délicate par la superposition d'une anxiété débordante, désordonnée, presque fébrile. Le malade se plaint de façon monotone et insistante, voire capricieuse. Rien ne l'apaise. Il use successivement les meilleures volontés jusqu'à ce qu'on découvre, derrière cette exigence désordonnée et lancinante, une dépression ignorée. Mais quand on la traite, les antidépresseurs n'y suffisent pas. L'appareil psychique est dévitalisé. Seul un travail de stimulation bien conduit peut le ranimer. Dans ce cas, le thérapeute n'est plus à la recherche d'un conflit, source de souffrance, mais de l'activité mentale résiduelle. Il s'agit de se placer à l'affût des productions survivantes, des images, des souvenirs, des appréciations, des éléments de jugement, des réactions affectives dans ce qu'elles ont de plus spécifique et de plus personnel. Une fois mises à jour, il les accompagne, les stimule et les relance autant que possible. Sans cette approche prudente et ajustée, il risque tout bonnement d'injecter ses propres productions mentales dans la vacuité psychique du patient. Tandis qu'en analyse on s'exerce à la neutralité bienveillante, en position de réanimation, on s'exerce à la neutralité secourable. On aide le patient à reconstruire sa vision du monde, sa manière de penser, ses capacités à vivre seul. Les activités sublimatoires du patient, artistiques et intellectuelles, sont les lignes de force qui orientent le travail du thérapeute.

Plus tard, quand l'ensemble mental, manifeste et préconscient, retrouve un aspect lisible, compréhensible et clair, on assiste souvent à un retour des conduites défensives qu'il vaut mieux respecter. Elles ressemblent à des évitements, presque phobiques, sans en avoir toutefois la solidité. Par exemple, tel travailleur intellectuel, fauché par un accident vasculaire cérébral, se garde soigneusement d'entrer dans son bureau, malgré une assez bonne récupération de ses capacités instrumentales et verbales. Dans son appartement, il contourne l'obstacle tout comme au cours des séances il se détourne dès qu'une situation conduit à une mise à l'épreuve de ses fonctions supérieures. Il évite avec élégance, en banalisant la difficulté. Au fond, il refuse l'obstacle. Ou encore cet officier à la retraite qui a construit autour de son intervention pour cancer de la prostate un tel barrage que ce sujet, ainsi que toutes ses ramifications, ont été transformés en zone interdite.

Tant que la composante dépressive est forte, tant que le risque de rechute dépressive n'est pas franchement écarté, on est bien obligé de respecter ces mouvements-là. Plus tard, dans les cas heureux, le sujet offrira lui-même la possibilité d'y revenir. Ce sera l'occasion d'avancer, et la seule.

La réanimation mentale est donc un travail fin, attentif, prudent et progressif, qu'il serait hasardeux de vouloir improviser. Elle se réussit plus avec les moyens du sujet qu'avec ceux du thérapeute.

LA PSYCHOTHÉRAPIE DES DÉMENTS

De l'avis d'un neurologue comme J.-L. Signoret, « la démence n'est pas une maladie, mais un syndrome », c'est-à-dire un état défini par l'anatomo-pathologie et une clinique des performances, une clinique de la Conscience. Dans la même perspective, certains gériatres considèrent que la démence clinique commence quand le langage disparaît ; tant qu'il persiste, ils préfèrent parler de syndromes psycho-organiques. Pour précieuses que soient ces distinctions d'une clinique somatique, elles ne sont d'aucun secours pour qui s'intéresse au destin de l'appareil psychique, aux mécanismes de défense du Moi et à l'Inconscient. Aussi, pour tenter de rendre compte du déclin du psychisme, selon des critères uniquement psycho-pathologiques, nous avons imaginé la notion de **psycholyse**.

Tout projet de prise en charge de dément commence par une évaluation soigneuse du degré de psycholyse.

La psycholyse

Découverte d'une originalité

On peut se demander si une psychopathologie de la démence mérite un droit de cité quand l'organe de son expression -le cerveau- est sévèrement malade. Dans ce contexte anatomo-clinique, la défaillance d'organe pousse souvent l'observateur à situer la question d'une psychopathologie au niveau d'un simple effet secondaire, pour négliger l'hypothèse d'une production autonome. Néanmoins, l'observateur attentif ne tarde pas à découvrir qu'il existe encore une vie mentale dans les décombres neuronaux, pas seulement séquellaire ou vestigiale comme on le pense trop souvent, mais aussi relationnelle et symbolique à la mesure des moyens restants.

Face à l'aspect composite de ce tableau restant, les cliniciens divergent pour deux raisons.

La première raison tient à l'âge de la séquence observée. Au début de la maladie, la psychopathologie est à la mesure de la personnalité du patient. Par la suite, elle s'appauvrit jusqu'au vide mental. Lorsque les acteurs d'une institution intra-muros reçoivent des sujets très démentifiés, ils constatent généralement une désertification psychique accentuée ; d'où leur scepticisme. À un stade avancé de la démence on peut douter de l'existence d'une psychopathologie autonome.

En revanche, au début des troubles, il n'est pas difficile de constater que l'entrée psychique dans la démence est organisée par la personnalité antérieure. Ensuite, selon que le dément soit aidé ou non, il parvient à se maintenir à distance de la dépression et du naufrage narcissique, ou, au contraire s'y enlise rapidement. En somme pour réduire ces écarts théorico-pratiques, il conviendrait de parler d'états pathologiques comparables entre eux, tant

l'âge de la démence compte bien plus que l'âge du dément. D'ajuster, aussi, des modes d'approche comparables entre eux.

La deuxième raison dépend de l'ensemble conceptuel auquel nous nous référons pour donner du sens au matériel clinique. Il ne suffit pas d'avoir le désir de parler de la même chose pour en parler de la même façon. Ainsi, lorsque Pierre Changeux forge une théorie de la pensée à partir de sa conception de «*l'homme neuronal*», que nous propose-t-il sinon une théorie de la perception? Ses «images cérébrales» pour précieuses qu'elles soient ne sortent pas du champs de la vision. Sa théorie reste donc très en deçà des processus de la pensée consciente, celle qui se développe à distance des traces perceptives, sur la voie d'une abstraction croissante. En refusant ce modèle trop «*machinal*», André Green nous invite à faire acte d'humilité devant la richesse et la complexité du psychisme humain, notamment tels que la psychanalyse permet de les découvrir. Un jour, peut-être, un solide débat d'idées permettra de progresser lorsque les parties en présence auront pu se défaire d'une bonne partie de leurs pré-supposés idéologiques.

Admettre par exemple que l'appareil psychique est un objet d'étude comme un autre, une catégorie de l'évolution — la plus récente — dont l'exceptionnelle complexité fait que la biologie actuelle n'en parle que très imparfaitement, tandis que la métapsychologie n'en rend compte qu'en termes de métaphores. Finalement, en raison de notre ignorance des processus de pensée, les théories que nous tentons d'élaborer à leur sujet n'en sont encore, probablement, qu'au stade pré-scientifique.

Dans cet espace, la modeste question de la psychopathologie de la démence correspond à un moyen, parmi d'autres, de s'interroger sur la nature de l'interface entre le neuronal et le mental, une occasion de recueillir du mental en situation de défaillance neuronale. Car la démence provoque une désorganisation mentale telle que les acquisitions les plus récentes disparaissent les premières. Sur le plan conscient, les données cognitives s'effacent, sur le plan inconscient les lignées narcissiques et objectales se déconstruisent. Cette pathologie originale, spécifique de l'espèce humaine, n'est pas reproductible chez l'animal puisqu'on assiste à l'installation d'une perception en perte d'associations, d'une perception-conscience au recrutement associatif déclinant, une destruction psychique quasi-expérimentale.

Sans se hasarder à soutenir que l'involution reproduise le symétrique inverse de l'évolution, que la désintrication pulsionnelle serait l'exact reflet de l'intrication observable pendant la croissance, on peut travailler à comprendre psychiquement cette destruction comme une originalité mentale. C'est cette originalité que j'ai nommée ***psycholyse***.

Naturellement, la psychanalyse se limite au temps verbal de la démence, c'est-à-dire à la séquence pathologique dont le début est marqué par l'apparition des premiers déficits et dont la fin est signée par la disparition du langage.

Degré de compréhension de la psycholyse

Prenez un dément moyennement détérioré : comment réagit-il au moment où survient une perte de mémoire ? Habituellement il demande de trouver la réponse à sa place et, si on tarde à lui la donner, il annonce que la personne qui l'accompagne la donnera pour lui. Ce mouvement est caractéristique ; on le retrouve toujours, pour peu qu'on le laisse apparaître.

Le sujet qui souffre d'une défaillance de mémoire — nous devrions dire d'une *défaillance de pensée* — recourt instinctivement à la technique de l'étayage. Il cherche à prendre appui sur un tiers.

À partir de ce mouvement-là, la réponse de l'interlocuteur fera toute la différence. L'un cherche à colmater la brèche, l'autre l'ignore, un troisième s'intéresse aux mouvements de pensée qui s'organisent autour de la défaillance. La remarque vise à souligner le fait que pour observer un handicapé, noter jusqu'où il peut aller par ses propres moyens, comment il peut le cas échéant les relancer, suppose de n'être pas trop gêné soi-même devant le handicap. Or, rien n'est plus éprouvant pour un clinicien du psychisme que d'assister à une détérioration mentale. N'est-ce pas, en effet, se placer devant l'horreur de la perte du plaisir à penser ? Singulière blessure narcissique pour l'analyste qui croyait avoir suffisamment repéré ses limites jusque-là. Comment faire pour rester présent mentalement et efficacement devant un être qui, littéralement, perd l'esprit ? Se fermer, s'enfuir ou travailler à trouver la distance qui permette d'observer une vie mentale en désorganisation, sans trop désorganiser la sienne ?

Entendons-nous, il ne s'agit pas de transposer tel quel le modèle analytique élaboré pour la cure-type. Ce modèle a été conçu pour un appareil psychique au grand complet, capable de supporter les frustrations au moins jusqu'à un certain point. Or, le psycholysé, qui a perdu une bonne partie de sa tolérance à la frustration, ne peut continuer à fonctionner qu'à l'intérieur de limites aménagées pour lui. Nous devons, faute de risques d'échec, rechercher, par tâtonnement au besoin, le seuil de frustration encore supportable, de façon à régler le régime de nos interventions sur lui. Ce seuil peut d'ailleurs fluctuer d'un entretien à l'autre, d'un jour à l'autre. Quand on l'a localisé, *on est moins préoccupé par la recherche d'une neutralité bienveillante que par le désir de réussir un accompagnement bien tempéré*.

Cet accompagnement bien tempéré consiste à suivre le patient plus qu'à le précéder. Au besoin, on lui apporte le rappel de sa propre pensée quand celle-ci s'interrompt. Ces aménagements techniques indispensables peuvent choquer les puristes ou les analystes peu familiarisés avec cette approche, parce qu'ils la jugeraient trop inductrice.

Les orthodoxes ont raison d'être orthodoxes tant que la frustration est utile au patient, par exemple pour inciter une hystérique à penser ses fantasmes au lieu de continuer à les mettre en actes. L'hystérique souffre d'une maladie de surcharge qu'il convient d'atténuer en favorisant le passage de

l'excès d'affects vers une meilleure utilisation mentale des fantasmes. Le psycholysé souffre d'une carence : une frustration supplémentaire a plus de chance d'aggraver ses difficultés que de les réduire. Le silence n'a pas toutes les vertus, même pendant la cure-type au cours de laquelle le travail de l'analyste consiste d'abord à fournir les interprétations qui peuvent lever un refoulement, relancer le travail propre du patient.

Face au dément, l'analyste vise à accompagner une pensée vacillante, encore capable d'un certain nombre d'opérations, tant qu'elle n'est pas acculée à l'échec.

Notons au passage, que les modalités de fonctionnement du psycholysé soulèvent une question de taille : quelle validité peut-on accorder aux tests de performance, quand le simple fait d'interroger un cérébro-lésé sur ses carences aggrave aussitôt sa blessure ? On sait depuis longtemps ce que valent ces tests au cours d'une dépression, lorsque le patient est handicapé par son état dépressif. Dans le meilleur des cas on ne mesure que ce que le déprimé est encore capable de faire du fond de sa dépression, une estimation très inférieure à celle de ses capacités habituelles. Pour le psycholysé, mettre le doigt sur ses défaillances de mémoire ou l'altération de son jugement revient à appuyer sur la partie la plus douloureuse. Ne conviendrait-il pas d'inverser la démarche en commençant par recenser ce qu'il est encore capable de réussir ?

À ces remarques de bon sens, ajoutons une interprétation. Dans cette clinique particulière, l'observateur est généralement beaucoup plus jeune que l'observé. Un écart d'âge qui réveille inéluctablement les complexes liés à la différence des générations. Le patient active une image de parent défaillant dans l'inconscient du clinicien. Tout dépend, alors, de la façon dont le clinicien peut supporter cette défaillance. Selon le degré d'élaboration de son œdipe, il navigue, en fait, entre deux écueils : le risque de se montrer trop secourable par excès de culpabilité, et celui de céder à l'agressivité par relance d'une conflictualité œdipienne. Entre les deux, la capacité de rester présent sans excès ni insuffisance n'est guère facile à trouver. Il n'est d'ailleurs pas établi qu'elle ne soit jamais trouvée définitivement puisqu'elle est d'abord le fruit d'un travail sur soi, sans cesse à recommencer.

Le modèle psychopathologique

Même si un modèle psychopathologique n'est qu'une construction provisoire, elle nous offre une forme pour penser une singularité. Sans modèle de référence, la singularité clinique que nous tentons n'approcher nous apparaît plus comme une nébuleuse que comme une organisation cernable. Voici une proposition en guise de pierre de touche :

– la démence est une maladie organique ;

– en toute logique, l'appareil psychique connaît un destin dans ce contexte de maladie organique, en l'occurrence de lésion cérébrale.

Quel destin ? Que devient, par exemple, ce qui nous sert à penser, à comprendre, à supporter les difficultés de la vie, à accepter ou à refuser les autres, à aimer ? La biologie, si brillante soit-elle, ne peut nous renseigner sur ces points existentiels. En revanche nous savons que l'appareil psychique est le fruit d'une épigenèse qui commence à la naissance, et peut-être même imagine-t-on aujourd'hui, dès la vie in utero. Cet appareil se construit de l'intérieur, à partir du sens que l'enfant donne au monde qui l'entoure, aux êtres qui le peuplent, aux représentations qu'il s'en forge, aux fantasmes qu'il édifie autour de ses désirs. L'appareil psychique s'origine autour du plaisir et du déplaisir intérieurs, dans la personne, en relation avec le plaisir et le déplaisir extérieurs provenant d'un tiers. Ce sont des interactions vectorisées par le désir.

En sorte que, psychiquement, nous sommes la somme de nos interactions.

Pour en venir au dément, disons qu'un dément seul çà n'existe pas, en tout état de cause pas bien longtemps car laissé seul, il meurt. Les déments que nous connaissons sont nécessairement en interaction.

Ces interactions font entrer le déments dans des spirales qui pour être transactionnelles ne sont pas toujours positives, il s'en faut de beaucoup. Par exemple, si on se place du point de vue du dément, chaque fois qu'une production mentale n'est pas reçue pour ce qu'elle est, chaque fois qu'une quête d'objet est contrariée au point de provoquer un repli narcissique, chaque fois qu'un mouvement de santé n'est pas identifié à temps au point de provoquer une régression qui accélère le déclin psychique, le dément s'enfonce dans une spirale négative ;

Vu du dehors, tout se passe comme si l'entourage créait la maladie.

En fait cette lecture est myope. Il faut distinguer trois niveaux : l'entourage ne crée évidemment pas la maladie somatique, ni même la maladie psychique d'un appareil désinstrumenté de ses fonctions cérébrales ; l'entourage agit sur la péri-pathologie transactionnelle, ce qui n'est pas rien.

La péri-pathologie transactionnelle est la conséquence de l'accord de communication, ou du désaccord de communication, qu'un malade comme le dément peut établir encore avec son entourage.

Lorsque la spirale transactionnelle est suffisamment positive, et la psychanalyse vise à relancer cette spirale positive pour créer une démence civile, ou si l'on préfère une psycholyse bien tempérée.

La partition du Moi

La partition du Moi est une coupure. Ce n'est pas un clivage où une partie du Moi ignore l'autre, mais une alternance d'états. A des états syntones succèdent des échappements du Moi, sur lesquels la volonté du sujet ne semble avoir aucune prise. L'échappement interrompt la vie consciente, mais pas la vigilance. Ainsi, le sujet est-il alternativement présent de façon claire et

adaptée et, soudainement, absent, perdu dans une sorte de perplexité vide, sans que rien d'observable n'ait annoncé cette absence. Par exemple, en pleine conversation, il s'interrompt au milieu d'une phrase, il cherche ses mots et semble privé de pensée, surpris lui-même par l'interruption. Au début, ces arrêts sont isolés et de courte durée. Avec le temps, ils se multiplient. Si on appelle le sujet au moment où il subit un échappement du Moi, si on insiste pour qu'il décrive ce qui se passe en lui, on l'embarrasse. Si on le laisse faire, il revient spontanément vers l'interlocuteur. La facilité avec laquelle il revient est un élément de bon pronostic relationnel.

Chemin faisant, on apprécie la qualité de préconscience du Moi. Généralement, les chaînes associatives sont souples et molles, plus ou moins coupées par des échappements non seulement du Moi, mais aussi des processus primaires.

Les levées de refoulement

La première conséquence dynamique de la baisse des censures est une réduction du refoulement. A condition d'avoir la patience requise, l'accès au Préconscient en sera facilité. La seconde conséquence de la modification topique a pour effet de moduler le niveau d'organisation des conflits. Ce niveau dépend de l'importance de la pénétration de la psycholyse dans la structure mentale antérieure. Au point de connaissance où nous sommes, il semble que n'importe quelle structure mentale puisse être atteinte de psycholyse. Aussi les conflits sont-ils gérés par ce qui reste de la structure mentale antérieure, entrecoupée de changements profonds chaque fois qu'une régression importante aboutit à la mobilisation d'archaïsmes. Ces archaïsmes font penser à la psychose, souvent à tort. Pour juger de la capacité du sujet à effectuer encore un certain travail sur lui-même, on observera comment il supporte la frustration. Cherche-t-il spontanément des solutions ? Parvient-il à lutter contre le découragement ? A-t-il tendance à abandonner, cédant alors la place à un onirisme luxuriant, mais stérile ? Montre-t-il des réactions de catastrophe devant l'échec ? Souvent ces éléments sont présents à des degrés divers, facilement amplifiés par l'isolement, auquel s'ajoute souvent une dépression.

Les mouvements affectifs

Bien qu'il soit plus difficile à cerner, le registre économique mérite la plus grande attention car de lui dépend l'avenir de l'entreprise. Or, on est mal renseigné sur le fonctionnement économique en raison de la jeunesse de la clinique de la psycholyse, de la méconnaissance de la personnalité antérieure du dément. Ce dernier point n'est jamais que le produit d'une reconstruction. Cependant on peut noter une différence entre les démences selon

leur aptitude au transfert. On distingue ainsi les démences « chaudes » capables de développer un transfert positif des démences froides qui ne répondent pas aux sollicitations. Cette distinction économique est sans rapport avec les catégories psychiatriques de démences préséniles et de démences séniles.

La dépression du dément

Il importe de ne pas clore le chapitre économique avant d'avoir recherché la composante dépressive. Elle est presque toujours présente, soit de façon discrète sous la forme d'un sentiment de déclin et de déchéance, soit de façon flagrante avec tristesse pathologique, ralentissement psycho-moteur et signes somatiques.

Le rôle du Moi auxiliaire

Pour terminer, on appréciera la qualité de l'investissement du Moi auxiliaire fourni par le conjoint, un enfant, un voisin. Comme le dit pertinemment un dément : « Ma femme, qui n'est pas Docteur, je la considère comme un deuxième moi. C'est le deuxième moi qui vit normalement, c'est lui qui surveille l'autre. » On ne peut être plus clair, ni apporter meilleure indication sur la façon dont le thérapeute sera lui-même investi. Le réseau d'étayage s'étend jusqu'à l'ensemble des moyens de soutien. Ces moyens sont très inégalement répartis. Certaines personnes affables, ouvertes, attirant la sympathie sont généralement bien entourées, même lorsqu'elles sont solitaires. D'autres, psycho-rigides ou dépressives, arrivent à se trouver isolées au sein même d'une famille étendue : leur vie tardive n'est plus qu'une cascade de ruptures. Entre ces cas extrêmes, on rencontre toutes espèces de positions intermédiaires, où ce qu'on pourrait appeler le coefficient relationel jouera, qu'on le veuille ou non, un rôle déterminant. Le réseau d'étayage réinvestit le dément comme l'investit le thérapeute, à condition de n'avoir pas trop de handicaps affectifs à surmonter.

Le travail du thérapeute

Il s'appuie sur la maîtrise technique et l'analyse du contre-transfert. Lorsqu'on est confronté à l'ignorance, on doit constamment se garder de deux écueils. D'un côté le risque de céder à une explication biologisante dès que quelque chose ne marche pas, de l'autre celui de projeter ses propres fantasmes dans les lacunes psychiques du dément. Les seules certitudes qu'on ait sont les moments de rencontre réussis, confirmés par le patient. Il n'est pas facile d'étayer une pensée incertaine. A trop souligner l'émergence d'un mouvement spontané, on gauchit un processus. A trop laisser

faire, on provoque un sentiment d'abandon. Il faut sans cesse réévaluer sa position, travail fatigant, mais qui porte ses fruits. Car la relance systématique ne tarde pas à être suivie d'effets. A l'instar du thérapeute, le patient commence à s'intéresser à ses processus de pensée, il observe ses émotions et témoigne sa reconnaissance pour l'aide ajustée qui lui est fournie. « Vous allez dans le sens du malade », dit l'un d'eux, bien conscient du bénéfice de l'étayage de sa pensée.

Cependant, on a compris que le travail du thérapeute ne se borne pas à restaurer le niveau instrumental, il vise à contenir le désordre affectif. Un signe qui ne trompe pas : la diminution de l'angoisse. Un malade déjà englué dans sa psycholyse laisse constamment échapper des propos qui ressemblent à la séquence rêvée d'une partie de sa vie antérieure, souvent de son enfance. On ne peut rien faire avec ce flot d'images, luxuriantes et juxtaposées, comme dans un film fantastique ; de l'anti-rêve s'écoule. Le magasin d'images livre son contenu, mais pas le sens qui présidait à son organisation. Les sentiments eux-mêmes sont confus, mélangés, désordonnés. Aussi faut-il apporter sa capacité de contenant pour stopper l'hémorragie et retrouver des modalités de fonctionnement plus habituelles. Le tempo, la prévenance, la patience offerts par l'interlocuteur jouent ici un rôle déterminant.

Le travail du dément

Il est accompli par un Moi en partition qui souffre d'échappement. « Mon cerveau saute du coq à l'âne... Je ne sais plus... Je cours après les idées. Comment dirais-je ?... Je ne pourrai pas le dire... ». Le cours de la pensée est interrompu par un silence, un blanc. C'est l'expérience du trou de mémoire, bien différent de l'oubli, où le sujet sait qu'il sait, même si le refoulement lui ôte momentanément l'usage de ce qu'il sait. Le trou de mémoire du dément n'est pas un objet caché, présent derrière un écran. C'est un objet égaré, perdu, souvent définitivement. Pourtant, il existe encore une frange de mémoire où opère le refoulement, qu'un climat transférentiel de bon aloi peut lever. Le mot est alors retrouvé. Les deux mécanismes coexistent : la perte d'inscription des mots et leur oubli par refoulement.

L'oubli par refoulement irrite le sujet qui en est victime. Une suractivité psychique se développe en périphérie et en réaction, mobilisant des associations d'idées, des images. On est en présence d'un conflit mené par un appareil psychique bien équipé.

Le trou de mémoire du dément est d'abord déficitaire, même si un effet de refoulement surajouté peut venir en compliquer le jeu. Il est constaté par l'intéressé de façon résignée, sans mouvement de révolte évident, sans véritable angoisse, sauf au début. La résignation cède la place à la naïveté, puis à l'innocence. Le conflit névrotique a disparu.

Retrouver un sens

Comment s'orienter dans un espace psychique en voie de désertification ? S'il faut en croire les malades, d'abord « aller doucement, car on dit peut-être des choses fausses ». Le tempo, voilà la règle. Surtout ne pas anticiper, prendre le temps de régler son allure, celle du patient, doucement, avec précaution. Atteindre ensuite qu'il fournisse lui-même des indications. « On ne renseigne pas correctement », se plaint une démente. « On me laisse sécher sur place. Mais qu'est-ce que je fais dans cet hôpital ? » C'est l'expérience de l'étranger, du dépaysement, de l'inexpliqué. Le dément passe par des niveaux de vigilance variables, des degrés de confusion oscillants. Chaque fois qu'il émerge de sa confusion et qu'il trouve à point nommé un interlocuteur prêt à répondre à sa question, il reprend pied. C'est ça, le renseigner correctement, lui permettre de réutiliser la partie saine de son Moi. Il était à l'étranger : il se retrouve en pays de connaissance quand le cadre lui permet de se reconstituer comme sujet, il s'adresse au thérapeute pour l'identifier : « Mais je ne sais même pas votre nom ! » Vous êtes là, vous m'aidez, vous me rappelez quelqu'un et je ne vous connais pas ». Reflet de ce qui se passe en lui. Une partie de lui-même est retrouvée grâce au travail à deux, une partie bien sentie, mais impossible à nommer, présente comme un reflet.

Le transfert est à l'œuvre, reconstruisant l'identité. Un patient déclare avec naturel : « Avec des intimes, avec des personnes que j'aime bien, je peux à nouveau être moi-même ». Ce transfert évolue en plusieurs étapes : le transfert préliminaire, le transfert indifférencié et le transfert en miroir.

Les étapes du transfert

La phase préliminaire correspond au début, au moment où l'on a l'impression qu'il ne se passe rien. L'important consiste à attendre le plaisir à fonctionner, qui deviendra le moteur de la relation. En s'identifiant au thérapeute, le patient tourne peu à peu le regard vers lui-même, vers ses processus de pensée.

Si le thérapeute relance les productions spontanées du dément de façon attentive, tranquille, sur le mode d'un jeu d'esprit, il réactive son Moi ludique. Le plaisir à fonctionner l'emporte. C'est le stade du transfert indifférencié.

Puis le Moi se retrouve par projection sur l'analyste. Le Moi qui était perdu se reconstruit en miroir. Et le dément s'étonne : « Mais je ne sais même pas votre nom ! » A partir de ce moment, des composantes surmoïques surgissent qui « névrotisent » la relation. S'il est question de retrouver du plaisir à fonctionner, il faut que ce soit « en tout bien, tout honneur ». Les censures veillent. A ce niveau, une psychothérapie classique peut avoir lieu, à condition de doser la frustration, de protéger la fragilité du dément.

En somme, la psychanalyse du dément est un genre difficile, fondé sur la capacité à réussir une rencontre.
Elle est encore possible pour qui veut s'en donner la peine ; elle contient aussi sa récompense. On n'a pas idée de la puissance dont on dispose par le seul fait d'écouter. « Vous êtes le premier avec qui je peux parler de ma maladie », dit l'un. « Mes mots, je sens que je les trouve avec vous », ajoute un autre. « C'est merveilleux ce que j'ai trouvé aujourd'hui. Merci de m'avoir écouté ». Faut-il considérer les réponses comme celles de morts-vivants, enterrés par leurs proches avant d'être morts ou les recevoir comme des encouragements à accompagner une vie encore présente et qui le restera pendant des années ?

L'AIDE AUX MOURANTS

Depuis les travaux d'E. Kubler Ross, on s'intéresse au psychisme des mourants de manière à leur venir en aide autrement qu'en se limitant à des prescriptions sédatives. Cet auteur, psychanalyste suisse émigrée aux États-Unis, a décrit la dépression de préparation provoquée chez le mourant par le chagrin d'avoir à quitter la vie. Surmontée, le mourant fera l'économie de la souffrance qu'elle provoque. Ignorée, voire aggravée par des manœuvres inappropriées, elle sera la cause d'une douleur accrue. Aussi, Kubler Ross s'est-elle attachée à décrire des étapes psychiques par lesquelles passe habituellement l'adulte incurable : la dénégation, l'irritation, le marchandage, la dépression, l'acceptation. En cas d'impossibilité de dépasser la dépression de préparation, tout se passe comme si l'accès à la réduction de souffrance procurée par l'acceptation restait barrée.
Généralement, le sujet âgé a plus ou moins franchi les premières étapes par anticipation. Le travail du vieillir a préparé le travail du mourir. Mais le travail autour de la dépression reste le plus souvent à faire. Également, le désir de s'engager dans une ultime expérience relationnelle est vif. Pour M. de M'Uzan, le travail du trépas ne commence qu'après la dépression de préparation. Il correspond en somme à un développement mentalisé de l'acceptation, une activité pour laquelle la présence d'une personne réelle est nécessaire. Cet objet-clé, ajoute l'auteur, dispose d'un pouvoir considérable sur les phénomènes algiques. La présence d'une personne réelle est indispensable à la plupart des mourants pour leur épargner la tension qui résulte d'un travail inaccompli.

7 THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES EN PSYCHOGÉRIATRIE

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) sont déjà anciennes. Depuis plus de quarante ans, les **résultats** cliniques de l'application de ces méthodes chez l'enfant et l'adulte, pour les troubles névrotiques, dépressifs et psychotiques sont importants. Reconnus dans les études comparatives, les conférences de consensus, par les assurances de santé ou les associations d'usagers, ils restent moins connus, moins démonstratifs, moins appliqués pour les personnes âgées.

Pourtant plus d'une centaine d'articles ont été publiés sur les TCC pour les patients âgés et la diversité de leurs moyens touche de nombreuses situations cliniques. Les traitements sont bien acceptés par les patients et les thérapeutes dans des environnements, des cultures et des pays très différents. Les personnes âgées réputées difficiles à traiter avec les méthodes pharmacologiques ou psychothérapiques classiques ont été les premières à bénéficier de la prise en charge des thérapies cognitivo-comportementales par les assurances privées aux États Unis. En France, les TCC permettent de libérer les patients de certains abus de médicaments (hypnotiques ou tranquillisants). Elles sont centrées sur les symptômes, les patients et leur environnement plutôt que sur la seule relation thérapeutique qui n'est qu'un support au changement.

Cette approche pragmatique est sous-tendue par des études empiriques, l'évaluation et l'analyse fonctionnelle, les protocoles sur cas individuels et de groupe.

Ces méthodes permettent la comparaison des résultats, des techniques thérapeutiques, de leurs coûts, et la prévention tant en gériatrie, qu'en médecine et en psychiatrie.

Nous pouvons distinguer quatre domaines pour décrire l'apport des TCC dans le champs de la gériatrie :

– le traitement des troubles psychiatriques (dépression, anxiété, démence, etc.) ;
– les troubles somatiques (douleur, sommeil, tremblement, etc.) ;
– les troubles liés au vieillissement (physiologique, psychologique, social) ;
– l'aide aux soignants et aux institutions.

LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Les dépressions

Elles ont bénéficié des TCC sur le plan théorique et pratique. Ces thérapies sont simples, rapides, efficaces et durables chez les personnes âgées. En effet, la conception des dépressions est fondée sur :

– la perte de renforcements positifs (isolement, incapacité d'entrer en relation ou en communication avec autrui, changement d'environnement, ralentissement) ;
– la perte ou le défaut de stratégie de communication et de fonctionnement cognitif (faisant appel aux notions d'événements, de distorsions ou de schémas cognitifs inappropriés).

Ces thérapies structurées durent quelques semaines. Elles associent la tenue d'un journal tendant à renforcer les actions et les initiatives relationnelles ; le travail cognitif de repérage et modification des distorsions cognitives comprend l'entretien socratique, la technique des cinq colonnes, le réexamen des schémas de pensée.
Toutes les formes de psychothérapies ont une certaine efficacité. Toutefois, il faut souligner que les effets des TCC sont plus évaluables, plus durables, s'accompagnent d'une meilleure compréhension des troubles par les patients. Elles peuvent être réalisés en partie par le personnel soignant :

– par les infirmières (pour les formes réactionnelles de dépression) ;
– par les généralistes et les gériatres dans le but d'une meilleure observance médicamenteuse (pour les antidépresseurs) ;
– par les psychologues en maisons de retraite et en institutions ;
– par les psychiatres pour les formes les plus graves combinant les moyens pharmacologiques et psychologiques.

Cette efficacité est identique même pour les patients présentant des troubles somatiques dans les formes d'intensité moyenne ou légère, épidémiologiquement les plus fréquentes.
Les rechutes sont plus rares que par la seule utilisation des médicaments, ce qui abaisse le coût de la maladie dépressive, permettant de compenser l'effort, le temps ou le coût supplémentaires des TCC dans ces indications.

Les troubles anxieux

Avec les dépressions, ils forment le groupe le plus important des maladies mentales de la personne âgée (les troubles neuropsychiatriques représentant la pathologie la plus fréquente des personnes âgées en institution). L'anxiété n'est pas représentée seulement par les troubles névrotiques. Elle s'étend

aux troubles de l'adaptation, au stress, aux états réactionnels, aux troubles somatiques et psychiatriques.

Cette importance considérable explique la place des médicaments et des psychothérapies classiques. Toutefois, les anxiolytiques sont maintenant fortement critiqués par les usagers et les autorités sanitaires. Les médecins remettent en cause ces prescriptions de tranquillisants. Les psychothérapies d'inspiration psychanalytiques sont à notre avis, peu applicables à cette population en raison de leur durée, de leur coût excessif ou de leur inefficacité relative.

Or les TCC ont accumulé une compréhension des méthodes et des résultats particulièrement établies pour les troubles paniques, phobiques, obsessionnels et compulsifs. Les résultats sont plus discrets pour l'anxiété généralisée, les troubles avec expression somatique (hypocondrie, conversion, psychosomatique).

Globalement les méthodes thérapeutiques sont identiques à celles appliquées aux adultes plus jeunes. Elles ont été adaptées aux personnes âgées. Si les thérapies cognitives s'appliquent à chaque forme de trouble anxieux, on y ajoute habituellement une thérapie comportementale adaptée plus spécialement à chaque trouble.

– trouble panique : relaxation, contrôle respiratoire ;
– phobie simple et agoraphobie : exposition graduée accompagnée ou prescrite ;
– phobies sociales : affirmation de soi, développement des habiletés sociales ;
– troubles obsessionnels compulsifs : exposition avec prévention de la réponse habituelle (lavage, vérification) :
  • stress : relaxation, gestion du stress,
  • troubles somatoformes : bio-feedback.

Quatre remarques concernent l'adaptation de ces techniques aux personnes âgées.

1. Les espoirs des patients sont limités en raison des opinions concernant l'inefficacité des psychothérapies après 50 ans. Leurs motivations peuvent être augmentées par l'attente de résultats possibles, l'alliance thérapeutique et constructive, l'engagement des patients, l'enseignement et l'utilisation de modèles de groupe.

2. Les troubles de mémoire fréquents à cet âge et la diminution de capacité de changement sont compensés par les répétitions, le recours à des notes, des résumés, le renforcement social des tâches réalisées à la maison et les séances de rappel.

3. L'ancienneté des troubles peut présenter une difficulté, mais l'absence de thérapie spécifique antérieure, la bonne observance au traitement des personnes âgées, l'adjonction d'une prise en charge de la dimension dépressive tant psychologique que médicamenteuse compensent ce handicap.

4. Les préjugés des thérapeutes sont souvent défavorables à ces prises en charge. Une préparation spécifique, les modifications dans la connaissance et les jugements des thérapeutes paraissent nécessaires. L'abord cognitif peut donc s'appliquer aux thérapeutes en dépit des appréciations péjoratives fréquentes des non professionnels et des professionnels en la matière. Le changement est facilité par les modèles, les résultats et les patients motivés par ces méthodes.

Parmi les pathologies anxieuses rencontrées chez les personnes âgées, certaines sont particulières par leur expression ou leur traitement :

1. La peur de tomber (fondée sur les risques de fractures aux conséquences jadis fatales avant l'ère de la chirurgie moderne) reste une cause de sédentarité, donc d'anorexie et de faiblesse motrice. Son traitement par les stratégies comportementales et cognitives a un impact sur la sécurité, l'humeur et les fonctions cognitives du patient ; il peut prévenir les « rechutes ».

2. Le traitement des phobies simples telles que l'ailurophobie ou certaines formes d'agoraphobie (au sens de la CIM 10) comme la claustrophobie, bénéficie des anciennes méthodes de désensibilisation par exposition progressive en imagination puis dans la réalité, plus acceptable pour les patients et leur entourage que l'immersion pourtant très usitée chez les patients plus jeunes.

3. Pour les TOC, les thérapies cognitives paraissent plus efficaces que l'exposition avec prévention de la réponse surtout pour les troubles obsessionnels. De plus les thérapies cognitives sont particulièrement indiquées pour la dimension dépressive comorbide au trouble obsessionnel.

4. L'anxiété est toujours utile à traiter dans des situations médicales ou liées au vieillissement (sommeil, douleurs, incontinence...) Nous l'aborderons plus loin.

Les démences

Elles représentent une part croissante de la pathologie mentale ; épidémiques, elles suivent l'allongement de l'espérance de vie. Elles sont d'un coût considérable pour la famille, l'entourage, les professionnels et la société.

Les causes de confusions mentales d'origine organique sont nombreuses, iatrogéniques (médicamenteuses), toxiques (alcoolique) ou carentielles. Elles doivent être diagnostiquées et traitées médicalement. Même traitées, elles peuvent évoluer vers des états démentiels. Ces dernières augmentent le nombre des démences d'origine vasculaires à évolution en paliers partiellement régressifs et celui des patients atteints de démence d'Alzheimer à évolution plus régulière.

L'analyse comportementale de façon schématique aborde de façon distincte les excès et les déficits de comportement.

Les comportements en excès

Ce sont principalement les manifestations d'agitation agressive :

– verbales (cris, menaces, mots grossiers, demandes répétées) ;
– physiques (destructions d'objets, gestes déplacés, menaces gestuelles, déambulations et errances, autostimulations, déshabillages, déplacements de meubles, etc.).

Ils ont fait l'objet de programmes de renforcements sociaux, d'extinction pour les excès mineurs, de renforcement différentiel des comportements alternatifs appropriés, voire d'isolement pour des problèmes majeurs en institution.

La disparition de ces comportements-problèmes mal tolérés par l'entourage permet le rétablissement de ces patients dans des structures de plus grande liberté et de moindre coût ; elle donne la possibilité aux soignants d'entretenir le savoir faire social nécessaire à la vie familiale ou communautaire des patients.

Les comportements déficitaires

Ils sont très nombreux. Même s'ils ne peuvent être réduits, on peut soit maintenir les comportements appropriés qui existent, soit apprendre aux soignants ou/et la famille les moyens qui économiseront leurs efforts. Nous avons travaillé, et de nombreux exemples de la littérature psychologique gériatrique en confirment l'utilité, sur la station prolongée au lit ou dans un fauteuil, l'incontinence, la perte d'autonomie pour la toilette et l'habillage, le défaut d'interactions sociales. Les moyens de réadaptation sociale appliqués aux patients en institution ont donné des résultat significatifs partout où ils ont été utilisés : renforcement par façonnement, utilisation de modèles (apprentissage par imitation), assistance par l'observation, l'analyse des contingences de renforcement et des stratégies développés par le personnel. L'utilisation d'un espace prothétique facilitant la vie quotidienne de ces patients est adaptée à ces déficits. Le maintien, l'extension voire la généralisation de ces acquis est assurée par des tâches prescrites, progressives et renforcées.

Des ateliers spécialisés de mémoire, d'orientation vers la réalité, de souvenirs, d'art plastique, d'écoute musicale et de danse ont fleuri ces dernières décennies. Au delà d'une animation salutaire, ils donnent l'occasion de mettre en pratique ou d'optimiser d'une manière conséquente, consistante et contingente les données de l'apprentissage psychologique et social si labile dans ces circonstances.

Quatre observations concernent ce travail :

1. L'amélioration des soins, même dans les conditions les plus difficiles grâce à ces programmes de changement comportemental, fait disparaître très souvent la grabatisation et en conséquence prévient le risque d'apparition d'escarres. Elle diminue le recours à l'hospitalisation médicale ou psy-

chiatrique. Elle permet une insertion dans les structures de moindre coût et de plus grande liberté.

2. Elle restaure la confiance, l'intérêt et même parfois la relation avec la famille épuisée par ces troubles. Cibler cette action au niveau de l'entourage familial est fondamental.

3. L'amélioration de la qualité de vie ne touche pas seulement le patient mais aussi son environnement et le milieu institutionnel.

4. L'adaptation du personnel est nourrie par ces résultats tangibles et de surcroît reproductibles ; elle s'accompagne d'un intérêt ou d'un enthousiasme facilitant le maintien ou l'embauche d'un personnel plus dynamique et plus motivé qu'auparavant.

Les autres troubles psychiatriques chez la personne âgée

Ils ont fait l'objet de moins de propositions de traitements et les publications sont plus rares. Nous évoquerons quatre grandes entités déjà explorées.

Les troubles schizophréniques vieillis, anciennement qualifiés de démences vésaniques, touchent les personnes âgées suivies en hôpital psychiatrique ou ayant perdu leur soutien familial. Dans notre service de psychiatrie générale, sur trente personnes sorties et suivies en secteur médicopsychologique ou placées en maison de retraite, 10 % de celles-ci ont nécessité une réhospitalisation passagère. L'adaptation de ces patients en institution est souvent meilleure et plus facile que pour les malades mentaux qui n'étaient pas hospitalisés antérieurement. Cette insertion s'est faite grâce à une préparation anticipant les moyens d'adaptation, formant le personnel qui les reçoit, les familles qui doivent une participation financière lourde et les médecins généralistes peu entraînés à ce type de patients.

Les troubles hallucinatoires et délirants apparus à la sénescence ont fait l'objet de peu d'études portant sur peu de cas. Toutefois, l'approche cognitive en diminuant les convictions et les croyances erronées évitent la cristallisation en secteur ou en réseau des délires de préjudice. Elle maintient une capacité d'échanges prévenant la structuration psychotique de ces convictions, favorisée par l'isolement sensoriel des personnes solitaires, car rejetées socialement par leur entourage mal à l'aise face à ces attitudes pathologiques.

De plus, les démarches psychologiques sont mieux acceptées que l'usage des neuroleptiques par les médecins. Ceux ci craignent les effets secondaires extrapyramidaux fréquents, graves et souvent irréversibles de cette classe de médicaments à cet âge.

Les troubles de personnalité dont le traitement est peu exploré par les psychologues seraient prédictifs de la réussite ou de la difficulté de la prise en

charge. Dans le cas du traitement des attaques de panique ou de douleurs chroniques, les traits pathologiques de personnalité associés peuvent s'améliorer.

Le stress post-traumatique a fait l'objet d'études de prévention tertiaire sur des petites populations par le travail sur les schémas et les croyances cognitives, l'autogestion de la relaxation et des techniques de « debriefing » et de « coping » qui consiste à apprendre à faire face. Ces méthodes pourraient prévenir le stress de l'entrée en institution, des déménagements, de l'apparition de maladies graves douloureuses ou mortelles et des hospitalisations souvent difficilement vécues.

Ces quelques directions de travaux ne sont pas limitatives. Elles montrent la vigueur ou la nécessité de la recherche en psychiatrie pour les personnes âgées. Elles devraient s'approfondir et s'étendre à tous les autres domaines dans les prochaines années. (addictions, problèmes sexuels, gestion des troubles maniaco dépressifs etc.)

LES TROUBLES SOMATIQUES

L'altération des fonctions somatiques conduisant éventuellement à une situation de dépendance et au décès, est un sujet de préoccupation majeur de la personne âgée. Pourtant, nombreux sont les problèmes médicaux ayant trouvé des solutions nouvelles au bénéfice des patients âgés.

Pour les douleurs chroniques

Les techniques opérantes et de bio-feedback musculaires sont utilisées depuis longtemps. Elles agissent sur la sévérité de la douleur perçue, la tension psychologique, la consommation médicamenteuse, la fréquence des consultations, et la réactivité au stress.

L'engagement dans des activités et le traitement des troubles anxieux et dépressifs associés amplifient ces résultats. Toutefois, il est recommandé de suivre un rythme thérapeutique adapté à ces patients, de faire une analyse fonctionnelle et étiologique rigoureuse, d'utiliser des outils d'évaluation spécifiques et de tenir compte des besoins propres aux personnes âgées. Les consultations spécialisées pour les douleurs chroniques ou une formation spécifique dans ces domaines paraissent nécessaires même si l'application des TCC aide aussi les praticiens des soins primaires face aux formes les plus courantes de douleurs chroniques.

Pour les troubles du sommeil (insomnie)

L'objectif est souvent l'abandon progressif de prises d'hypnotiques prescrites de longue date. Actuellement, plutôt que la relaxation peu utile,

l'obtention d'une heure de réveil fixe, la restriction du sommeil, le contrôle du stimulus sont plus efficaces tant pour l'insomnie psychophysiologique que pour la dépendance pharmacologique ou l'insomnie secondaire.
Les explications sur la modification du rythme de sommeil au cours de la vie, le changement des attentes concernant le sommeil, la modification de l'emploi du temps et de l'activité agissent sur le recalage du nyctémère.
L'amélioration subjective du sommeil par les patients est supérieure à l'effet d'accroissement de la durée ou de la continuité du sommeil.

En médecine comportementale

Les recherches appliquées apportent une contribution essentielle et documentée dans de nombreuses maladies.
Un choix d'exemples peut être évoqué avec les méthodes déjà citées ou combinées d'une manière particulière.

Au patient diabétique il est proposé de travailler l'observance médicamenteuse, le contrôle alimentaire, le développement d'une activité régulière et la relaxation régulant ou diminuant la prise d'hypoglycémiant et la glycémie.

Pour le tremblement sénile, le bio-feedback musculaire est indiqué alors qu'il est inefficace pour le tremblement parkinsonien.

En cardiologie, la réadaptation post infarctus diminue les risques vitaux et améliore la qualité de vie. La préparation psychologique au cathéterisme cardiaque diminue l'anxiété par l'effet de modèle et le développement de savoir faire de « coping ». Rappelons que les techniques développant la prévention des atteintes cardio-vasculaires (modification du mode de vie et personnalité plus autonome) agissent avant 65 ans sur les atteintes scléreuses du fond de l'œil, la tension diastolique et systolique, les taux de cholestérol et de glucose sanguins.

Les problèmes d'incontinence et des envies impérieuses d'uriner connaissent les avantages d'une exploration et d'une rééducation sphinctérienne. Un travail sur l'aisance et la communication sociales favorisent la réinsertion de ces patients.
Ces quelques exemples non limitatifs illustrent la place considérable que la médecine comportementale et cognitive doit prendre dans la gériatrie et dans les différents domaines d'intervention de la médecine et de ses nombreuses spécialités traitant les personnes âgées.

LES TROUBLES LIÉS AU VIEILLISSEMENT

Nous nous bornerons à évoquer les trois domaines, physiologique, psychologique et social en les illustrant d'exemples précis.

Le vieillissement physiologique sensoriel

Il représente un handicap croissant imparfaitement appareillé ou traité par la médecine somatique.

La vue : Les plaintes « œil sec », picotements et troubles de l'accomodation une fois écartés, les étiologies organiques ou pharmacologiques justifient une analyse fonctionnelle mettant en évidence une note anxieuse ou dépressive justifiant les prises en charge psychologiques déjà rapportées (relaxation, désensibilisation, affirmation de soi, thérapies cognitives). Dans le cas de la cataracte, la préparation et le suivi post-opératoire bénéficient d'une information, d'une prévention des décompensations psychologiques et d'une adaptation aux nouvelles optiques.

L'hypoacousie, les acouphènes, les pertes de l'équilibre ont des réponses multimodales associant réhabilitation, relaxation, rétroaction vidéo, exposition, information, « coping » aboutissant pour les *déficits auditifs* à des tactiques d'écoute et à l'utilisation plus optimale des appareils : Les *acouphènes* ont été traités par des approches mixtes cognitivo comportementales et même par les thérapies familiales et sociales.
L'anxiété est fréquente dans ce domaine, conduisant à l'exacerbation des perceptions auditives devenant nocives par le tintement d'oreille chronique et invalidant, lui-même anxiogène.
La relaxation et la gestion du stress sont précieuses dans ces indications.
Nous rapprochons les problèmes *d'équilibre* restreignant le périmétre de déplacement des personnes âgées accentuant la sédentarité et la perte de l'élan vital.
La simple rééducation psychomotrice rétablissant la confiance en soi et en partie la performance suit les principes de l'apprentissage psychologique applicables encore à cet âge.
Concernant la sphère stomatologique, la psycho-odontologie comportementale et cognitive fait école et travaille sur l'ajustement des personnes âgées à leurs appareils dentaires favorisant l'obtention par les patients d'une meilleure image de soi et d'un intérêt pour une alimentation quasi normale, cruciale à cet âge pour l'équilibre diététique et le plaisir de vivre.

Les conséquences psychologiques du vieillissement

Elles sont multiples.

La proximité de la mort en particulier, se manifeste dans trois circonstances propre à la personnes âgée.

1. Le décès de proches et de familiers (dont ses descendants) est plus fréquent. Les thérapies de deuil accompagnant les étapes de celui-ci, préviennent les deuils pathologiques par l'exposition aux rites funéraires, le repérage et le traitement des facteurs de risque (réactions dépressives antérieures), par la résolution du deuil au delà du terme du premier anniversaire.

Les modèles psychologiques du deuil sont donc précieux à connaître par les thérapeutes et à appliquer pour prévenir les complications du deuil pathologique.

2. Le geste suicidaire, à plus haut risque léthal qu'aux autres âges de la vie, justifie soins et prévention particuliers. La connaissance d'une maladie chronique, douloureuse ou mortelle, même administrée avec ménagement par le médecin est plus grande pourvoyeuse d'actes suicidaires que les troubles psychiatriques. La vulnérabilité physique et psychologique, l'isolement social et relationnel, l'accroissement des facteurs dépressifs, économiques, sociaux et médicaux, l'expérience acquise dans le choix du geste suicidaire déterminent ce risque élevé, s'accroissant encore avec l'âge.

Toutefois, une évaluation plus systématique agissant sur les facteurs de risques accessibles et une prise en charge polyvalente, intégrée, institutionnelle, systématique et évolutive paraissent diminuer la fréquence de ces gestes et leur taux de mortalité.

3. La proximité de la mort oriente le sujet vers une préparation de sa succession et de ses funérailles. Tous les hommes de l'Histoire (et probablement de la Préhistoire) ont réfléchi dans cette direction. Les religieux, les laïcs et les philosophes se sont interrogés sur la mort. Le thérapeute accompagne et aide l'entourage à accompagner le mourant dans cette ultime démarche éthique. Les outils cognitifs du questionnement socratique, d'échange, d'empathie et de tolérance apportent là aussi leur concours.

Les problèmes de couple, de sexe et de famille ont profité des larges succès obtenus chez l'adulte plus jeune grâce au conseil conjugal, aux thérapies sexuelles et aux thérapies familiales comportementales, systémiques ou structurales. Elles ont le mérite d'être brèves, codifiées, pratiques et centrées sur des objectifs précis. Elles trouvent des applications chez les personnes âgées lorsque ces problèmes masquent ou sont révélés par des troubles anxieux ou dépressifs, une plainte somatique ou un geste suicidaire. Elles rendent de grands services dès lors que les thérapeutes formés à celles-ci savent entendre, recevoir et traiter ces troubles aussi fréquents que source de souffrances dans la vie privée.

L'altération de l'image de soi vécue d'une manière péjorative particulièrement par les femmes, demande certes un travail psychologique, mais parfois l'introduction d'un peu de maquillage, le retour ou la prolongation d'une acti-

vité sportive (gymnastique douce ou aquatique), la photographie de portrait produisent des effets heureux au point de vue corporel, affectif et relationnel. Nous sommes là aux frontières de l'approche comportementale et cognitive mais, ce qui caractérise celle-ci, c'est :

– l'évaluation si possible quantifiée des méthodes ;
– les facteurs de biais méthodologiques comme la généralisation satisfaisant le thérapeute mais pas l'expérimentaliste ;
– la prise en charge globale tenant compte des dimensions affectives, sensitives, imaginatives, cognitives, inter-personnelles, organiques, motivationnelles et donc effectives.

Le vieillissement au plan social

Il est marqué par quatre événements majeurs : la retraite, l'éloignement des enfants et des petits-enfants, la diminution des revenus, la restriction de la vie sociale.

La retraite plus précoce et plus longue qu'auparavant est à la fois souhaitée et redoutée. Cette rupture est particulièrement importante pour les hommes. La réponse psychologique actuelle est sa préparation, son accompagnement et son suivi en groupe ou individuellement (résolution de problèmes, recherche de communication effective et efficiente, gestion de temps). Aider les personnes à franchir les étapes de cette épreuve prévient des erreurs comme pour un citadin d'aller s'installer dans sa maison de campagne, jusque là habitée seulement à la belle saison. Cette action favorise le maintien d'activités physiques, intellectuelles (éducation) et sociales important à engager précocement. Elle retarde l'altération du capital mémoire et du bien être physique.

L'éloignement des enfants et des petits enfants est favorisé par la dispersion de ceux-ci au hasard des emplois, par la diminution des formes d'habitats réunissant plusieurs générations et par le recours croissant aux maisons de retraite ; les nouvelles naissances dans la famille repoussent les personnes âgées à un statut de grands parents ou d'arrières grands parents les éloignant encore plus de leurs enfants.

Le travail d'affirmation de soi tenant compte de la dimension affective permet de rétablir ou de maintenir une communication téléphonique, des visites et des séjours en famille. Le rôle pédagogique, le savoir faire et l'expérience des personnes âgées est indispensable pour la transmission orale d'une génération aux suivantes.

La place de la personne âgée dans la famille est souvent le principal vecteur de l'image de la vieillesse. Cette image depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos jours est très ambivalente : favorable, sage et généreuse d'un côté, la personne âgée est perçue radotante, gâteuse et pingre de l'autre.

L'importance de cette image, accentuée par le doublement de l'espérance de vie depuis un siècle, doit être reconsidérée pour aborder sa propre vieillesse. Améliorer ainsi sa durée (action sur les facteurs de risque : tabac,

surcharge, sédentarité), sa qualité et ses ressources comble le fossé générationnel et change sa propre image du vieillissement.

La diminution des revenus confine certains au seuil de pauvreté. Elle diminue les capacités de vie sociale et facilite l'isolement.. Elle confère un sentiments de vulnérabilité, voire d'insécurité. Le concept d'impuissance acquise à l'action forme le terrain à la dépression. Il s'y ajoute un sentiments d'hostilité face au monde, fréquent dans ces conditions. L'exposition guidée à des activités graduées, compatibles avec les capacités budgétaires, prévient cette destructuration et cette désinsertion sociale. Le recours aux ressources municipales, associatives, au voisinage et à la famille évite bien souvent cette cascade perçue comme une déchéance. La protection des biens, utilisée avec discernement et en temps utile, règle aussi des situations plus fortement altérées.

La vie sociale, additionnée aux facteurs précédents, pâtit de l'entrée en institution, des handicaps physiques mais surtout du manque d'intérêt confinant à une dysphorie dépressive. Le travail cognitif comportemental et social déjoue en partie ces tendances à l'isolement. Le traitement psychologique antidépresseur s'applique donc à ces situations en pratique moins graves que dans les états dépressifs où ils excellent (activités de maîtrise et de plaisir, restructuration cognitives, affirmation de soi, exercices à domicile, animation en groupe).

L'AIDE AUX SOIGNANTS ET AUX INSTITUTIONS

Pour les soignants et l'entourage, cette aide est andragogique. L'approche comportementale tire le meilleur profit de la psychologie de l'apprentissage. La formation des aides ménagères à domicile et en foyers-logements a changé radicalement la qualité de vie des personnes âgées fragiles. Il est constaté la prévention, le retard ou le raccourcissement des hospitalisations de toutes natures rendant vraisemblablement économique cette action de maintien à domicile. L'élévation des compétences de ces personnels au départ fort peu préparés à cette tâche passe par une meilleure connaissance des moyens médico-psychologiques nécessaires à cet enjeu social et économique majeur. La connaissance simple des principes de base de cette psychologie issue de l'expérimentation clinique est fort appréciée, précise, concrète et applicable. Elle s'accompagne d'un entraînement pratique et d'une pédagogie active, d'une complexité graduée en fonction des besoins de ces aides à domicile mais aussi des infirmières, médecins généralistes, spécialistes et gériatres, sans oublier kinésithérapeutes, psychomotriciens, personnels administratifs qui s'occupent de personnes âgées.

Le climat d'une institution peut être changé par une surveillante ou une psychologue soutenus par les médecins : l'animation, la mobilisation et le savoir faire sont perceptibles à tous les niveaux d'une maison de retraite ou d'un service de long séjour.
Cette pédagogie s'adapte aux familles soucieuses de mieux aider leur parent âgé. L'expérience que nous avons réalisée avec l'association France-Alzheimer en est un bon exemple. Chaque famille peut être utilement informée et soutenue dans ses interrogations et ses craintes par un professionnel et un familier du patient.

Enfin l'institution accueillant des personnes âgées dépendantes a connu le développement et les résultats du travail innovateur des expérimentateurs cliniciens formés à cette approche. La notion d'espace prothétique modelant l'environnement matériel aux besoins des résidents et d'une prise en charge compréhensive et globale doit beaucoup à l'approche psychosociale ; celle-ci avait déjà obtenu des résultats remarquables par le travail de réinsertion psychosociale des malades psychotiques, généralisé ensuite par le secteur psychiatrique.
Ce même type d'effort global a été appliqué dans certaines institutions avec succès. Certes, leur coût est élevé. Il est compatible avec les prix de journée en médecine, en psychiatrie et en moyen séjour. Il est plus difficile à rémunérer en long séjour, en hôpitaux de jour et en lits médicalisés en foyers-logements. Toutefois, la connaissance de ces méthodes guide l'architecte dès l'élaboration des ces structures, améliore la lisibilité, l'efficacité et l'accueil de ces établissement même si ces principes ne sont que partiellement appliqués.
Enfin l'évaluation des usagers, de leurs familles et des personnels assure une meilleure qualité de vie des résidents, perçue par tous.
Nous avons pratiqué ces méthodes thérapeutiques dans la majorité des applications présentées dans ce chapitre. Leur mise en œuvre dépend de la qualité de la recherche clinique appliquée et de la diffusion de celle-ci dans l'enseignement universitaire, professionnel et associatif, ainsi que dans les publications et les ouvrages.
La grande diversité de ces applications permet de relever le défi épidémiologique des problèmes médicopsychologiques de la vieillesse. Cette orientation est synergique des médicaments, de la gériatrie et en général des autres psychothérapies. Elle est compréhensible et ubiquitaire dans les différents sites d'accueil et de soins des personnes âgées. Elle est bien acceptée par les patients, les retraités et leurs familles. Les soignants s'y trouvent plus efficaces, plus motivés et plus satisfaits. Elle forme une réponse actuelle, en partie, et future, en extension, à la psychopathologie du vieillissement.

8 LA PSYCHO-SOCIOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE

Nous avons vu qu'une faible minorité, croissante avec l'âge, des personnes âgées, rejoint une institution médicale ou médico-sociale pour y passer la fin de son existence.

Il est très important de tenter de cerner les difficultés de cette vie commune et d'envisager les efforts qui peuvent être faits pour la rendre plus agréable et surtout thérapeutique.

UN LIEU THÉRAPEUTIQUE

Il est trop facile de parler du rôle pathogène des hôpitaux et des hospices comme d'un fait inéluctable.

Certes, il est possible de repérer de nombreux exemples où l'hospitalisation d'une personne âgée entraîne un effet défavorable, mais il est nécessaire d'étudier les facteurs qui déclenchent un tel processus : la ou les maladies en cours, les gestes diagnostiques ou thérapeutiques traumatisants (étaient-ils indispensables ?), les changements de lieux et la perte de tous les repères comportementaux courants.

Une structure non pas construite sur un modèle hospitalier, mais qui facilite réellement une vie chaude et communautaire pas trop bruyante avec peu de marches et d'escalier, un minimum de décrochements de niveau, peut s'avérer soignante, si elle est facile à surveiller par le personnel. Il faut bien entendu bannir les structures rassemblant trop de lits et situées trop loin des villes et du tissu social.

De fait, un séjour hospitalier ou institutionnel peut prendre le contrepied de ces défauts.

Certaines structures hôtelières peuvent être faciles à investir, rassurantes par leur confort et leur aménagement, ne contraignant pas la personne âgée à rester au lit et refusant même de la confiner dans un espace restreint. Il faut réserver des espaces communs : salon, salles à manger, toilettes d'accès aisé, possibilité de promenades abritées. On doit se méfier de nombreuses réalisations « tape à l'œil », qui rassurent les visiteurs mais ne sont pas investies de fait par les personnes âgées, grands parcs, pièces d'eaux, salons immenses et majestueux, chambres seules avec télévision mais isolées et ennuyeuses au fond de longs couloirs.

On peut rappeler à cet égard que même si la structure est libre, elle doit comporter des portes fermées et surveillées, celles donnant sur le jardin et encore plus sur la rue, sinon c'est une façon de ne pouvoir accepter au nom d'une pseudo-liberté, aucun malade désorienté et fugueur à l'occasion. Alors qu'un

contrôle adapté des sorties permet de régulariser la plupart des fugueurs potentiels sans créer pour eux d'insupportables conditions carcérales.

UNE COMMUNAUTÉ DE PERSONNES ÂGÉES

Habituellement les personnes âgées rêvent de terminer leur vie d'une façon qui préserve leur indépendance et elles déclarent préférer la solitude à la promiscuité d'autres vieillards. Lorsqu'elles ont perdu leurs proches, que les enfants sont éloignés, il vaut mieux supporter l'isolement : « Tout plutôt que la maison de retraite ».

Cette crainte des autres âgés se double parfois d'une misanthropie active, d'une crainte de la vision de la décrépitude et du gâtisme. « Je n'en suis pas là » disent-ils en espérant que leurs handicaps sont différents en particulier qu'ils ne perdent pas la tête contrairement « à ces malheureux ».

Il est vrai qu'un visiteur occasionnel d'une institution pour personne âgée reçoit souvent un choc visuel, parfois auditif et souvent olfactif. La sensation élémentaire est qu'un tel lieu est horrible et ne peut qu'aggraver l'état de ses pensionnaires. Pour une personne âgée, le spectacle peut être décourageant et augmenter la prévention initiale, pourtant il ne faut pas se laisser guider seulement par des sensations premières et désagréables.

Il est bien sûr important de tenter de supprimer par des soins hôteliers bien adaptés ces stigmates déplaisants de la vieillesse, mais sans aller jusqu'à vouloir masquer la réalité, la vieillesse et ses handicaps sont ce qu'ils sont, il faut l'admettre et non le cacher ou le masquer par des artifices dérisoires.

En fait, une communauté de personnes âgées est sur le plan psychosociologique difficile à faire vivre et il faut s'y attacher avec des moyens, des connaissances et de la réflexion, la propreté n'est pas l'essentiel encore moins l'unique préoccupation.

Bien sûr, on comprend parfaitement à cet âge combien les habitudes sont invétérées et contribuent à s'exclure les unes les autres. Nous citerons les tendances obsessionnelles vers lesquelles glissent la plupart des communautés de personnes âgées, le respect méticuleux des heures de repas, le respect des places, des chaises, des itinéraires, la télévision utilisée comme bruit de fond évitant les relations interpersonnelles. Même l'organisation périodique de petites fêtes vient peut-être égayer l'institution mais surtout aux yeux du monde extérieur. Ce qui est le plus difficile à obtenir c'est de parvenir à ce que des personnes âgées se parlent, nouent des amitiés, voire des amours. Il se produit peut-être plus souvent des disputes, des haines et des replis. Les idées de vol, de préjudice, naissent et fleurissent entretenant de tenaces jalousies. Les douleurs, les plaintes, les petites manies alimentaires ou vestimentaires des autres sont vite jugées insupportables par ceux qui ne voient pas leurs propres défauts.

Il est important de comprendre que le fondement du confort est fourni par les relations humaines que l'institution est apte à apporter entre les pensionnaires, avec les soignants et avec les visiteurs. La qualité de ces relations est l'essentiel qu'une institution pourrait fournir, contrairement au milieu extérieur où, nous l'avons vu, elles ont tendance à décroître avec l'âge. Pour ces relations humaines, leur intérêt ne doit pas être apprécié sur quelques sorties ou quelques fêtes, mais sur le tissu relationnel de la vie quotidienne que l'institution a été capable de générer et qui est la véritable thérapeutique psychosociale de l'isolement et de la décrépitude de l'âge.

LES ATTITUDES SOIGNANTES

La fréquence des maladies chroniques chez la personne âgée, celle plus grande encore des plaintes, poussent insensiblement à une médicalisation croissante des institutions.

Il est effectivement très important d'assurer une sérieuse prise en charge médicale de tous les pensionnaires qui ne doivent pas se sentir en danger parce que négligés ou abandonnés. Mais prise en charge ne veut pas dire multiplication des actes, des examens complémentaires et des thérapeutiques. Il est très important d'écouter les demandes, d'ausculter les corps et de prendre un minimum de décisions thérapeutiques. Des conseils, des attitudes hygiéno-diététiques seront recommandés sans chercher de façon absolue à ce que les plaintes disparaissent au plus vite.

Une équipe doit être entraînée à répondre de façon rassurante, non contradictoire et encourageante aux mille demandes qu'elle reçoit ; les thérapeutes doivent agir dans le même sens sans dédain pour les personnes âgées éternelles plaintives insatisfaites de leur état de santé.

LES FONCTIONS D'AIDE

Tant au domicile personnel que dans une institution, il se développe un grand nombre de professionnels dont la fonction est de venir en aide aux personnes âgées handicapées. Ces fonctions se définissent par la cible principale qu'elles visent : aide-ménagère, aide-soignante, mais dans les deux cas on comprend qu'il existe un contact plus étendu avec la personne âgée qui se confie et s'en remet à la personne dont la présence devient régulière et bientôt indispensable. L'aide fournie dépasse ainsi le but initial et les implications sur l'équilibre socio-affectif de l'âge sont parfois importantes mais mal étudiées.

Dans une équipe soignante, le rôle du « petit personnel » devrait être régulièrement réenvisagé par rapport aux autres acteurs, son influence sur l'atmosphère qui règne dans une institution devrait être étudié, pour faire

une place méritée aux actions psychologiques et psychosociologiques qu'il détermine ; une formation permanente et une réflexion sur ces fonctions devrait avoir lieu dans chaque institution, seul moyen de remettre en cause certaines routines, et de progresser.

On peut citer parmi les comportements critiquables que l'on peut noter encore fréquemment, les attitudes paternalistes condescendantes vis-à-vis de la personne âgée traitée comme un enfant têtu et déraisonnable, une organisation générale privilégiant la propreté, les horaires fixes, le silence. La toilette est souvent un moment de conflit avec la personne âgée qui veut rester frileusement dans son cocon, les repas ne sont pas toujours organisés comme les moments de repos et de plaisir, la fixation de la personne âgée dans un fauteuil face à la télé est une solution de facilité pour chacun, le coucher trop précoce, parfois à la demande de la personne âgée elle-même, prépare des nuits trop longues, propices à l'insomnie et à l'agitation.

Tout ceci montre qu'à partir des activités principales de la journée c'est tout l'équilibre de la personne âgée dans l'institution qui est en cause, son bonheur de vivre, son intégration aux autres et il est fondamental de se rendre compte du point de départ des éventuels dysfonctionnements.

LA KINÉSITHÉRAPIE

Il est certain qu'un des problèmes de la personne âgée est cette tendance à ce que se ralentissent, puis s'amoindrissent, ses mouvements. Les motifs en sont multiples : les douleurs rhumatismales, les déficits moteurs, extrapyramidaux, l'insuffisance cardiaque ou respiratoire, la peur laissée par une atteinte de ces organes, les vertiges, la peur de tomber, la crainte du froid, du chaud, du vent, de l'extérieur, enfin et surtout la fatigue, l'apragmatisme et la dépression. Au total, en dehors même de la kinésithérapie nécessitée pour les séquelles des atteintes organiques, une véritable incitation aux mouvements et aux déplacements est nécessaire.

Il est parfois organisé des séances de gymnastique adaptée au grand âge et il est certain que l'immobilisation progressive des vieillards est un défaut fondamental de la vie dans certaines institutions, parfois favorisée par les traitements psychotropes. S'il est certain que l'agitation injustifiée est nuisible et mal tolérée par les voisins, il ne faut pas se laisser entraîner vers le calme immobile et silencieux. On sait aussi que toute maladie aiguë légitimant le décubitus risque de provoquer des escarres, si une action préventive n'est pas déclenchée au plus tôt.

En somme, c'est une kinésithérapie adaptée qui devrait être mise en place, non seulement pour tenter de compenser les déficits majeurs, mais aussi une action générale visant à l'entretien des fonctions motrices et à l'hygiène psychomotrice.

ERGOTHÉRAPIE ET ANIMATION

Un des côtés les plus frappants d'une personne âgée placée en institution est son glissement progressif vers l'apragmatisme et le repli autistique. L'obsessionnalisation de la vie communautaire pousse effectivement au moindre effort pour les gestes essentiels de la vie courante. En effet, ceux-ci peuvent être effectués facilement par les soignants, de façon plus efficace et plus rapide.

Dans cette évolution de la personne âgée fatiguée, manquant d'initiative et de désir, l'entourage se montre complice : elle « n'est plus capable, elle n'a plus la force, elle ne sait plus faire la cuisine, la couture, le jardin ». Elle préfère ne pas se pencher pour ne pas souffrir des reins, ne pas sortir pour ne pas attraper froid, ne pas marcher de crainte de tomber, elle redoute le soleil, le vent, le bruit, l'agitation, le silence. Elle attend que la nuit tombe pour manger rapidement et se mettre au lit, quitte à se plaindre d'insomnie.

Il paraît bien naturel de lutter contre ce redoutable penchant en proposant diverses activités et éviter que la personne âgée ne s'ennuie, ne s'ankylose et ne s'aggrave.

La participation de la personne âgée aux activités quotidiennes est une chose bien délicate en institution. Le lit, le ménage reviennent normalement au personnel de service, la toilette risque d'être fort négligée si on attend que la personne âgée la fasse d'elle-même. Le repas est préparé, les promenades sont organisées.

Chaque activité a besoin en fait d'être initiée et guidée sinon elle ne sera le fait que d'une minorité. Il faut des connaissances et une bonne maîtrise pour pousser certains à avoir une activité quotidienne en fonction de ses déficits instrumentaux et de ses capacités persistantes. Un des meilleurs moyens est de développer l'aide réciproque, des plus valides envers les plus atteints. Il faut préférer un travail approximatif, mais personnel, à la réalisation parfaite obtenue par les soignants.

Il vaut mieux qu'un patient mange de lui même dans un bol bien stable en faisant des saletés sur une serviette attachée autour du cou, que de lui faire ingurgiter rapidement et proprement sa ration calorique. Tant que cela est possible, il faut faire participer la personne âgée au choix du repas et des mets, à la préparation même partielle de la cuisine, à la mise en place et à la desserte de la table et à la vaisselle. On peut pousser les pensionnaires dans la voie de la coquetterie vestimentaire, du lavage du linge, mais bien sûr tout cela a des limites chez les grands vieillards.

Ce n'est que dans un second temps qu'il faut envisager les activités ludiques : fêtes, chants, danses, promenades en groupe, anniversaires, écoute de la musique, groupe de conversation, projections de diapositives. Chacune de ces activités nécessite une personne compétente et de bonne volonté, ayant des capacités d'animation. Il faut laisser la possibilité d'activités intellec-

tuelles et personnelles à ceux qui le peuvent : lecture, jeux de société, tricot, broderie, dessin, peinture ou musique.

Même la vision des spectacles de télévision peut être organisée de façon fructueuse et ne pas représenter l'alibi sonore et visuel d'une absence d'animation. Les tâches qui attendent ergothérapeutes et animateurs sont donc considérables. Faute souvent de professionnels compétents et rémunérés, il est fait appel à toutes les bonnes volontés mais faut-il que ces bénévoles aient certaines connaissances de leur public et travaillent en collaboration avec les soignants salariés et se réunissent périodiquement pour redéfinir ou rediscuter de leurs objectifs. En effet si l'action ergothérapique est très utile, elle ne peut transformer ni la détérioration ni la maladie mentale ; cette vérité d'évidence doit être rappelée, car certains vieux n'aspirent qu'à une tranquillité et à une passivité qui peut paraître bien morne aux yeux des observateurs. Le désir de ceux-ci de ne concevoir le vieillard qu'en état de mouvement et d'activité permanente est parfois tout simplement un refus d'accepter la vieillesse, la maladie et la décrépitude dont ils se sentent eux aussi menacés.

PSYCHOTHÉRAPIE SYSTÉMIQUE

Il paraît évident lorsqu'on fréquente des institutions pour personnes âgées qu'une bonne partie des difficultés relationnelles que l'on observe proviennent de l'entourage familial.

La famille n'est pas dans une position facile lorsqu'un de ses membres âgés se trouve en institution. Une opinion très générale, parfois non dite mais alors insidieuse, est que la personne âgée a été abandonnée au mépris de tous les devoirs familiaux vis-à-vis des vieux parents. Cette famille ne serait intéressée que par l'héritage même maigre et pour le reste se débarrasse de ses vieux, les visites sont rares et rapides, la sentimentalité est de surface mais laisse la totalité des charges au personnel soignant qui est censé répondre à tous les besoins et doit assurer une vieillesse digne et heureuse à ces vieillards qu'on leur fait l'honneur de leur confier. Il ne faut pas s'étonner que les relations soient tendues de part et d'autre.

Du côté des familles, l'institution est souvent accusée de gagner de l'argent sur le dos des vieillards, au prix de soins chichement distribués, la propreté est souvent jugée douteuse (les mauvaises odeurs !), les repas sont mauvais et peu abondants, le personnel est indifférent, paresseux, voleur même, les directeurs hautains, les médecins incompétents et absents, on assomme le vieillard pour avoir la tranquillité mais on néglige les maladies somatiques douloureuses dont il est atteint.

Du côté du personnel, on a autant à dire au service des familles, les enfants indifférents et sans cœur laissent des semaines leur parent sans visite, s'ils viennent quelques heures, c'est pour inspecter et récriminer, les voilà tout

d'un coup adeptes d'une hygiène parfaite, d'une animation permanente. Ils se montrent très critiques vis-à-vis des autres pensionnaires trop déments, agités, bruyants, ils voient avec précision leur parent décliner sur le plan physique, moral et intellectuel, alors qu'il était en si bon état il y a peu... !

Bien sûr nous rassemblons ici tous les arguments qu'il est possible d'entendre et il y a bien des familles reconnaissantes et bien des soignants admiratifs des attentions de l'entourage.

L'important est de comprendre que l'admission puis le séjour d'une personne âgée est suspeptible de déclencher des conflits affectifs intenses entre la personne âgée, les soignants et la famille. Il faut consacrer de longs rendez-vous pour que chacun s'explique sur ses angoisses, sa culpabilité, son agressivité, son désir de bien faire.

Une fille, un fils au spectacle de son parent âgé, délirant sur le plan intellectuel, détérioré, inactif, dépressif ou même agité, confus, grossier, ressent des sentiments intenses et contradictoires. Ce sont parfois les conflits anciens, les vieilles frustrations qui surgissent, telle fille cinquantenaire revit les conditions d'un rejet maternel au moment où elle avait décidé de se marier, telle autre se plaint de l'autoritarisme de cette personne douce en apparence mais acariâtre et exigente en famille. Tel fils renoue bien tardivement des relations avec son père qui s'était remarié et l'avait abandonné seul devant les difficultés de la vie.

C'est le moment des retrouvailles acerbes entre la femme légitime et la maîtresse. Chacune accuse l'autre d'avoir mené ce vieux monsieur là où il en est par son manque d'amour, par son intéressement financier.

Les différents visiteurs peuvent s'éviter, tentent d'agir par l'intermédiaire du personnel, cherchent à influencer les décisions prises pour l'avenir, voudraient connaître le pronostic, la durée de la survie, cherchent à opposer les diagnostics des différents médecins qui se sont occupés du malade.

Il y aurait sans doute place pour de nombreuses actions de psychothérapie systémique. Bien peu d'institutions peuvent l'envisager et il n'est pas sûr que les membres de ces familles décousues soient d'accord pour l'entreprendre. Mais il reste un très important travail à réaliser, c'est-à-dire recevoir les familles, en les laissant s'expliquer sur la situation qu'ils vivent, à l'occasion des demandes de renseignements, qui doivent dépasser cette simple fourniture d'éléments diagnostiques et pronostiques.

On peut alors percevoir de graves difficultés de santé chez un des membres de la famille, des relations conflictuelles très anciennes entre les enfants, dans le couple des âgés, un syndrome dépressif ou une maladie mentale grave chez un ou plusieurs proches. On comprendra mieux dans certains cas qu'un enfant n'est pas dans la situation qui lui permet effectivement de s'occuper et d'aider autant son parent qu'il le voudrait.

Cette personne âgée, douce victime du manque d'affection des siens, est parfois un tyran domestique, brutal et paranoïaque. Il faut accepter de revoir

les jugements rapides que l'on peut poser sur un enfant ou un petit enfant lointain et en apparence indifférent.

Le personnel doit être associé à cette compréhension globale du noyau familial, il doit être entraîné à prendre du recul par rapport à telle agression verbale. Mais les médecins doivent bien savoir qu'un familier peut se montrer très agressif et exigeant avec le petit personnel, alors qu'il se comportera de façon obséquieuse devant le médecin.

Les menaces de plaintes, de lettres aux autorités administratives peuvent parfois s'apaiser après un entretien qui montrera le point véritable du conflit. En tous cas les relations nouées à l'occasion des séjours et des soins aux personnes âgées sont moins paisibles et lénifiantes qu'on pourrait l'imaginer. Elles sont en fait un moment très chaud qu'offrent les relations soignantes et c'est peut-être en sachant les maîtriser qu'on comprend véritablement la psychologie et la psychopathologie de la personne âgée. Nous n'en voulons pour preuve que les remaniements affectifs dramatiques que crée l'évolution d'une démence chez un parent aimé, tant chez le conjoint que chez les enfants. On est parfois conduit à s'occuper psychologiquement plus étroitement de l'entourage que de la personne détériorée.

9 LES THÉRAPEUTIQUES BIOLOGIQUES PRINCIPES ET MISE EN ŒUVRE

GÉNÉRALITÉS

La prescription médicamenteuse est très importante. Elle est à la hauteur des espoirs que les personnes âgées mettent en leur médecin pour être soulagées.

La demande médicamenteuse. – Elle est très importante et souvent l'idée est qu'à chaque souffrance doit correspondre un remède ayant un effet radical, d'où l'exigence de longues ordonnances, même si le patient affirme son dégoût des médicaments. Il faut faire attention de ne pas se laisser entraîner dans une obéissance complaisante et ainsi savoir résister aux démarches incessantes de modification.
Chaque médecin est impliqué dans sa façon de prescrire, par exemple plus ou moins autoritaire, ainsi que dans sa façon de croire ou de craindre, voire même de mépriser la chimiothérapie psychotrope.

La relation médecin/malade. – La prescription médicamenteuse s'associe toujours à l'action personnelle du médecin qui examine, qui écoute et qui parle. S'occuper de la personne âgée lui permet souvent d'être rassurée et aidée, mais la demande est toujours renouvelée presque inépuisable.
Il faut faire attention à ce que la prescription médicamenteuse ne soit pas l'unique thérapeutique, même si dans de nombreux cas une psychothérapie systématisée ne peut être mise en place. Il est nécessaire de prévoir ce que l'on appelle la psychothérapie de soutien. En somme, il faut saisir, particulièrement chez la personne âgée, l'occasion de l'examiner cliniquement (prise de TA, palpation du ventre), des soins somatiques et de la prescription médicamenteuse pour faire passer le soutien et la confidence psychologique. C'est sans doute cette relation médecin/malade dont la personne âgée a le plus besoin, technique mais sans excès, attentive mais sans sensiblerie bêtifiante, en signalant au passage l'utilité du contact corporel direct.
Mais il existe même dans la prescription médicamenteuse un savoir-faire qui vient s'ajouter à l'action biologique et que l'on nomme l'effet placebo. Il a été noté maintes fois que l'activité médicamenteuse est plus forte si le prescripteur est convaincu du bien-fondé du traitement et exerce une action renforçatrice vis-à-vis de l'effet attendu. Ce n'est pas une raison pour attribuer de façon vague n'importe quelle action positive à un supposé effet

placebo témoignant d'une personnalité hystérique. Il faut, à l'inverse, ne pas mettre le sujet dans une position contradictoire, par exemple en expliquant le danger des somnifères pour en prescrire finalement comme d'habitude.
On ne doit pas se laisser aller à la critique du médecin précédent par le biais de son ordonnance, même si le patient semble tendre la perche à une telle mise en cause.
Il est nécessaire d'aider le patient à surmonter les désagréments de certains symptômes secondaires, qui disparaissent souvent après les premiers jours de traitement, mais il ne s'agit pas de les négliger car on verra les complications sérieuses qu'ils peuvent provoquer chez la personne âgée.
Il semble bien que l'aide par le biais de la relation médecin/malade représente quelque chose de très adapté au troisième âge par ce mélange de soins somatiques et de soutien psychologique. Il existe une volonté délibérée chez beaucoup de gens âgés de se voir plus comme malade que comme vieux.

La demande de soins médicaux. – Il est utile d'envisager toutes les possibilités d'action par des conseils ayant trait à une hygiène de vie.
Le régime alimentaire est bien plus difficile à mettre en œuvre qu'il n'y paraît ; certes, le vieillard est très souvent à la recherche d'un régime, mais pas obligatoirement de celui qui est considéré comme le plus efficace sur le plan métabolique. Changer les habitudes alimentaires, diminuer le plaisir oral, n'est pas une décision qui va de soi ; il faut admettre que le bénéfice espéré à long terme ne compense pas le déplaisir immédiat. Aboutir à l'anorexie, au refus de nourriture n'est pas meilleur et témoigne souvent d'un repli et du premier négativisme dépressif.
L'indication de soins tels que massages, rééducation, bains et cures thermales, mais aussi la prescription de prothèses auditives ou dentaires doit être envisagée également dans leurs conséquences psychologiques en prenant en compte le risque de retombées même dans le domaine des conséquences psychiatriques, aussi de l'inutilisation d'une prothèse auditive, aux douleurs insoutenables provoquées par une prothèse dentaire.

La demande sociale. – Elle est, particulièrement chez la personne âgée, intimement liée à la demande globale de soins. Les difficultés financières, familiales, ou même de résidence sont fréquemment rattachées à l'état de santé et aux divers handicaps. L'état moral est toujours vécu comme purement réactionnel aux misères de l'âge et à l'isolement affectif.
Il est nécessaire de prendre conscience que de nombreuses mesures de protection ou d'amélioration de la condition des personnes âgées sont en fait médico-sociales. Il en est ainsi des aides à domicile, depuis l'aide-ménagère jusqu'à la kinésithérapie. La prescription d'une hospitalisation, d'une cure thermale, d'un séjour en maison de repos doit répondre à cette double préoccupation, effet direct par rapport au patient et à sa maladie, mais aussi effet indirect sur le vieillard dans son mode de vie.

A côté de la prescription médicamenteuse et de celle des soins, il est judicieux de laisser une large place à la prise en compte de données sociales comme, par exemple, ce qui concerne les changements de lieu de vie, à la campagne ou en institution.

LES TRAITEMENTS SYMPTOMATIQUES

L'insomnie

Nous voulons parler des cas où l'insomnie se révèle comme isolée. En effet, lorsqu'il ne s'agit que d'un symptôme au milieu d'un ensemble témoignant d'une affection psychiatrique constituée ou d'une atteinte somatique déclenchante, il est primordial de traiter le motif de la perturbation du sommeil et non de provoquer artificiellement celui-ci.

Après une étude précise des plaintes de la personne âgée, dépassant les stéréotypes passe-partout, il peut être utile de prescrire un somnifère ou, actuellement surtout, de tenter de modifier le traitement précédent.

L'utilisation du somnifère doit être envisagée dans le cadre de la polychimiothérapie, toujours utilisée chez la personne âgée ayant des plaintes dans ce domaine bien qu'elle n'estime pas entrer dans le champ de la psychopathologie, mais dans le cadre d'une simple gêne ou d'un inconfort. Les doses seront adaptées s'il existe simultanément une prescription d'anxiolytiques dans la journée ou si l'on retrouve des somnifères donnés dans un but de sédation. Ainsi en est-il de la prescription des antiépileptiques ou du Phénobarbital, même si celui-ci était prescrit comme sédatif nerveux (*Belladenal, Spasmavérine*, etc.) (*cf.* tableau 9-1, p. 291).

Mais il ne faut pas négliger les cas où l'insomnie est un symptôme perçu par les soignants. Cela témoigne en fait d'un ensemble syndromique plus grave tel que bouffées anxieuses nocturnes, épisodes dépressifs avec agitation, ou même syndrome délirant ou, éventuellement, maniaque. Dans ce dernier cas, l'insomnie n'est qu'un épiphénomène pour lequel le traitement doit être essentiellement celui de l'origine du syndrome : se fixer seulement sur la notion d'insomnie expose à une grande inefficacité thérapeutique voire à une intoxication médicamenteuse. Ainsi, on peut voir des cas où le sujet âgé, déclarant en avoir assez de ne plus dormir, a avalé toute la boîte de somnifères sans idée véritable d'en finir.

Quelle molécule faut-il employer?

– Les barbituriques à action rapide peuvent être envisagés, mais on leur a reproché leur effet confusiogène, si bien qu'ils ont été supplantés par les anxiolytiques.

– Les benzodiazépines : il a été proposé certains composés à demi-vie courte et provoquant un pic sérique précoce. En fait, ces formes se révèlent souvent mal tolérées par la personne âgée, provoquant une somnolence trop brutale, favorisant même les chutes et pouvant entraîner une amnésie globale et aiguë avant même l'endormissement.

Les doses conseillées

La dose efficace dépend de chacune des molécules, l'efficacité varie en fonction de chaque patient. Il est recherché la dose minimale efficace, mais il faut bien admettre que le problème pratique n'est pas l'augmentation progressive des doses, mais plutôt les associations médicamenteuses injustifiées et les traitements indéfiniment prolongés sans amélioration manifeste.

La fin des prescriptions

Le but recherché est de ne prescrire les somnifères que pour une durée limitée. En fait, il apparaît bien difficile de supprimer une prescription habituelle même si le patient n'en est pas véritablement satisfait, ne serait-ce que du fait du rebond de l'insomnie au moment de l'interruption. En tout cas, il faut veiller à l'adaptation et à l'utilité du traitement qui ne doit pas être poursuivi lorsque les plaintes sont toujours aussi fortes. Dans une institution, il faut veiller particulièrement à ne pas laisser se poursuivre indéfiniment des traitements qui deviennent rituels.

À l'inverse, si le traitement paraît efficace, régulier, il faut plutôt rassurer les patients et ne pas contribuer à brandir les dangers effrayants d'un traitement prolongé que beaucoup craignent (par exemple affaiblissement cérébral, amnésie, confusion, fatigue).

Le traitement par benzodiazépiniques est susceptible d'entraîner chez le sujet âgé une sédation avec hypotonie, effet myorelaxant et risque de chute au réveil.

Il existe en outre un effet dépresseur respiratoire qui peut être dangereux en cas d'insuffisance respiratoire chronique ou d'apnées du sommeil (risque d'hypoxie et de poussées d'HTA nocturnes).

Il est recommandé pour tous les hypnotiques de prévoir une prescription aussi brève que possible afin de prévenir une dépendance liée à la prise chronique. A noter que les résultats des diverses mesures limitatives ne sont pas toujours à la hauteur des espérances.

Il nous semble que le défaut majeur de ces prescriptions reste la satisfaction du patient, très limitée voire nulle. Dans la pratique, on observe plus une multiplication des co-prescriptions qu'une augmentation progressive des doses.

Tableau 9-1. – Les hypnotiques.

Les hypnotiques benzodiazépiniques		
Havlane	Loprazolam	1 mg
Noctamide	Lormetazepam	1 & 2 mg
Mogadon	Nitrazepam	5 mg
Normison	Temazepam	10 & 20 mg
Nuctalon	Triazolam	2 mg
**Rohypnol*	Flunitrazepam	0,5 mg
**Halcion*	Triazolam	1 mg
Les ordonnances ne peuvent comporter des prescriptions de benzodiazépines pour plus d'un mois et pour les spécialités* les prescriptions sont limitées à 14 jours.		
Les hypnotiques benzodiazépiniques apparentes		
Stilnox	Zolpidem	10 mg
Imovane	Zopiclone	3,75 & 7,5 mg
Antihistaminiques H1		
Théralène	Alimémazine cp	5 mg
Théralène	Solution 1 goutte = Sirop 1c. à café =	1 mg 2,5 mg
Phénergan	Prométhazine	25 mg
Mépronizine	Acéprométazine	10 mg
Noctran	Idem + Méprobamate	10 mg
Donormyl	Doxylamine	15 mg

L'anxiété et les troubles caractériels

Il semble intéressant de limiter au plus juste les indications de l'emploi des anxiolytiques. Éliminons tout d'abord :

– les contre-indications chez les personnes âgées qui présentent une détérioration intellectuelle plus ou moins latente et qui risquent de développer une confusion mentale ;

– ou les inadaptations : états d'anxiété diffuse, simple attente anxieuse, malaise de vivre et de vieillir, crainte vague de l'avenir, vis-à-vis desquels le traitement est incapable d'améliorer clairement la situation.

Il peut apparaître plus judicieux de traiter de façon ponctuelle certaines crises d'angoisse aiguë, avec manifestations fonctionnelles digestives, respiratoires ou cardiaques, voire douloureuses. On peut aussi en rapprocher certains états d'angoisse survenant de façon réactionnelle à des événements importants ou qui peuvent paraître mineurs. En fait, l'activité d'une injection intramusculaire ne doit pas être surestimée. Pouvant apaiser la situation momentanément, il faut se demander si on ne pouvait faire autrement et quelle sera la thérapeutique de relais prévue.

De même, la prise ponctuelle et itérative d'un comprimé au moment même où l'anxiété paraît devenir trop forte ou provoque l'insomnie est une mauvaise solution. C'est une responsabilité qu'il ne faut pas confier au patient âgé. En effet, le malade culpabilisé d'avance cherche à retarder le moment de la prise médicamenteuse, il subit de plein fouet la crise anxieuse, se décide à prendre le traitement, se montre impatient d'un résultat qui lui paraît trop tarder et finalement n'atteint pas la stabilisation espérée. Mieux vaut donc procéder à la prescription lorsque l'indication paraît justifiée par une symptomatologie bien focalisée et ne répondant pas à un tableau dépressif, délirant, détérioratif ou essentiellement caractériel.

C'est dans l'anxiété réactionnelle, lorsque la personne âgée est dépassée par la situation, débordée par son anxiété, que le traitement anxiolytique, sur quelques jours, trouve une bonne indication.

La prise aiguë d'un anxiolytique est souvent très efficace, mais elle entraîne facilement somnolence et faiblesse qui diminuent par accoutumance en quelques heures, même lorsque le traitement est poursuivi.

La prescription doit débuter chez la personne âgée de plus de 75 ans par des doses plus faibles que chez l'adulte jeune, tenant compte du fait que l'excrétion se ralentit parallèlement à l'âge, donc que la demi-vie du produit augmente. On tiendra compte également du poids et de la susceptibilité personnelle supposée, sachant que l'absorption est très voisine quel que soit l'âge et toujours rapide même par voie orale. On sait que l'état d'équilibre du taux sanguin des anxiolytiques dépend clairement de la demi-vie (soit cinq fois celle-ci). L'état d'équilibre est obtenu en trois jours et c'est à partir de ce moment que la dose absorbée chaque jour doit tenir compte de l'âge, mais surtout être guidée par l'effet clinique anxiolytique sans négliger les effets secondaires éventuels.

Il est souvent estimé que les anxiolytiques, dits aussi tranquillisants mineurs, seraient des médicaments doux et de ce fait bénins. Il n'en est pas toujours ainsi et la notion de faible dose peut être trompeuse. Un anxiolytique actif à des doses faibles peut très bien déclencher des symptômes secondaires à ces mêmes doses. Nous citerons en particulier pour la personne âgée :

– la baisse de la vigilance et la somnolence diurne risquant de contribuer à inverser le rythme veille-sommeil;

– l'hypotonie musculaire et l'amoindrissement de la coordination favorisant les chutes et leurs conséquences très néfastes chez le sujet âgé (fractures, perte de connaissance, hématome sous-dural);

– la confusion mentale, soit en cours de traitement soit lorsque celui-ci est suspendu.

Ces complications peuvent être moins anodines qu'on ne le croit et le risque pris ne se justifie que pour un bénéfice indiscutable.

Dans tous les cas, un équilibre doit être obtenu entre tous les psychotropes prescrits, parfois par divers thérapeutes, en sachant que ces associations médicamenteuses ne sont pas supérieures, le plus souvent, à l'emploi raisonné d'une seule molécule. Tout au moins veillera-t-on à n'associer que des anxiolytiques à demi-vie moyenne ou courte à ceux à demi-vie longue.

Il faut régulièrement s'assurer que l'état du patient ne comporte que des troubles de l'ordre de l'insomnie et de l'anxiété et qu'il n'est pas utile d'associer un traitement neuroleptique ou antidépresseur. Il en est ainsi des troubles caractériels et colères séniles rarement influencés de façon très favorable par les anxiolytiques plutôt par les antidépresseurs.

La fin du traitement doit être envisagée avec un délai de trois à six semaines. Il faut se méfier d'un arrêt brutal qui entraîne un effet de rebond, insomnie anxieuse avec lenteur de l'endormissement, puis réveils fréquents. Un tel effet se produit même spontanément en cas de traitement par une benzodiazépine à demi-vie courte. Un arrêt progressif est mieux supporté, mais il n'évite pas une reprise de la symptomatologie antérieure légèrement réactivée, qualifiée de syndrome de dépendance :

– exacerbation de l'anxiété;

– irritabilité caractérielle;

– insomnie;

– palpitations, sueurs, tremblements, crampes, vertiges.

On a pu signaler des crises d'agoraphobie, mais les crises d'épilepsie du sevrage sont très rares chez la personne âgée.

Il est rare en ambulatoire d'obtenir le sevrage complet des somnifères et des anxiolytiques, mais la tendance à l'inflation progressive des doses est tout à fait exceptionnelle. Ce qui est gênant en fait est la prolongation indéfinie du traitement. Dans ce cas, il faut vérifier périodiquement que le médicament conserve une certaine activité, sinon il doit être supprimé; il faut pourtant se méfier d'une simple substitution même en deux temps.

Les dépressions hostiles

Il devient courant de nommer ainsi divers tableaux qui semblent ou qui deviendront dépressifs, mais où l'aspect caractériel du patient sur le plan relationnel est le trait le plus prédominant.

Le patient se montre agressif avec son entourage, il n'est jamais satisfait, réclame des soins, de l'attention; par ailleurs, il prétend que son plus cher désir est qu'on le laisse tranquille.

Pour les soins, il est très méfiant et n'a pas confiance dans ceux qui le soignent. Il n'est pas très facile de trancher entre les opinions de certains qui prétendent qu'il a toujours été comme ça, alors que, pour d'autres, il a beaucoup changé.

L'important est de percevoir la souffrance du patient derrière sa carapace caractérielle les éléments dépressifs existent, et le plus intéressant sera de voir disparaître ces troubles sous l'influence du traitement.

Un tableau un peu différent peut être isolé lorsqu'on peut mettre en évidence la survenue en assez grand nombre de crises de colère à propos d'incidents relativement mineurs :

– le patient éclate dans une colère violente brutale avec cris, injures, difficultés d'élocution;

– il peut écumer de rage, avoir du mal à respirer, se mettre à transpirer, commettre un acte violent tel que briser un objet ou même agresser ses proches;

– puis il s'apaise rapidement, se montre anéanti par sa crise, il peut se coucher de fatigue, se montrer tout penaud de s'être mis dans cet état, d'avoir brisé quelque chose;

– il peut éclater en sanglots, refuser de manger, se retirer de la compagnie, voire être victime d'une phase confusionnelle.

On a montré (Fava *et al.*) le rapport de cet état avec les thèmes dépressifs et les crises de panique, le traitement antidépresseur peut se montrer très efficace.

On pourra également retrouver des éléments d'agressivité dans divers comportements qui concernent non seulement des états dépressifs mais des atteintes psychopathologiques voisines :

– les divers états dépressifs aigus parfois réactionnels;

– un tableau de décompensation d'une atteinte cognitive débutante;

– le syndrome de glissement.

Cette agressivité se montre :

– par des menaces de suicide comportant un facteur de chantage et de manipulation de l'entourage;

– les refus de nourriture, de collaboration et de contact avec l'entourage, avec exacerbation de conflits familiaux;

– par le refus de soins, alternant avec des exigences de consultations et d'avis médicaux divers.

Il apparaît important de rattacher ce qui pouvait apparaître comme des dispositions caractérielles, aboutissant au tableau classique du vieillard acariâtre, à des traits témoignant d'une dimension pathologique, de l'ordre de l'impulsivité et de la dépression, et pouvant faire l'objet d'un traitement spécifique.

Traitement des troubles délirants

Nous avons vu, au chapitre sémiologique, l'importance du diagnostic clinique des symptômes de délire dans ses diverses variétés. C'est effectivement un point essentiel avant de prescrire un traitement. Les mots employés ont leur importance et on ne se contentera pas d'affirmer par exemple que « le patient, cette nuit, est apparu comme très délirant et agité ». Il faut toujours tenter de bien transcrire les mots, même ceux qu'emploie le patient, et de décrire le type même de son agitation.

Ensuite, il faut bien replacer le délire dans son contexte de l'état du sujet âgé et très souvent dans son contexte pathologique. La division proposée par l'école psychiatrique française au XIXe siècle était essentiellement fondée sur le thème du délire et sur la durée de l'épisode délirant, c'est-à-dire entre le délire aigu, régressant spontanément, et le délire de longue, ou très longue, durée, avec ou sans affaiblissement secondaire.

Le développement bien plus récent de la psychogériatrie et de la gérontologie nous place dans une situation bien différente, en particulier dans les hôpitaux généraux où se présentent, le plus souvent en urgence, les personnes âgées atteintes, dans la majorité des cas, de troubles somatiques en situation de décompensation.

Mais les interventions de plus en plus spécialisées du SAMU, des pompiers et de la police donnent fréquemment lieu à des troubles du comportement qui paraissent bien correspondre à un trouble essentiellement psychique.

Cette décompensation psychique et somatique constitue bien l'entité actuelle où peuvent se révéler des troubles délirants, sur lesquels peut s'exercer l'effort diagnostic, abandonnant l'espoir d'une classification rapide et définitive à laquelle répondrait une indication thérapeutique précise et parfaitement justifiée. Dans tous les cas, il faut se réserver la possibilité de revenir sur une impression première et sur un traitement qui s'avérerait inactif et/ou contre-indiqué, faisant courir des risques inacceptables par rapport à l'état et à l'âge du patient.

Le trouble délirant à révélation aiguë ne devrait pas être intitulé précipitamment :

– trouble psychotique, paranoïde ou psychose, ou encore moins schizoïde, schizopréniforme ou schizophrénie tardive.

– de même, un thème de persécution ou de complot ne doit pas être intitulé d'emblée comme paranoïaque.

– et si bouffée délirante aiguë ou sub-aiguë peut être employée, il faut un accord international pour confirmer ce terme excellent, qui ne préjuge pas véritablement de l'évolution ni du traitement, nécessaire ou non.

L'attitude pratique doit comporter les investigations suivantes :

1. La possibilité d'évolution préalable d'une détérioration cognitive, que le diagnostic ait été posé à la suite des plaintes du patient ou de son entourage.

Il s'agit dans la majorité des cas d'une maladie d'Alzheimer ou d'affections apparentées.

2. L'existence de troubles moteurs extrapyramidaux, avec troubles de l'équilibre, diminution des mouvements automatiques et souvent absences et/ou tremblements. On connaît la fréquence des perturbations hallucinosiques intermittentes dans la maladie de Parkinson.

3. L'existence de troubles somatiques, avec retentissement métabolique et hydroélectrolytique. Ils peuvent expliquer le surgissement d'un délire hallucinatoire, parfois associé à quelques éléments confusionnels. Ceci justifie en tout cas un bilan biologique à la recherche d'une anémie, d'un syndrome inflammatoire ou infectieux, d'une perturbation du potassium ou d'une hyponatrémie et d'une insuffisance rénale latente. Nous connaissons également les conséquences de traitements neuroleptiques ou des antipsychotiques de seconde génération exagérant un syndrome métabolique et pouvant décompenser un diabète de type II. Ceci rend nécessaire de les dépister, et, si cela n'a pas été fait antérieurement, de connaître la taille, le poids, le tour de ceinture et de les comparer à l'appétit du sujet.

4. Un EKG est également nécessaire pour s'assurer de l'absence de troubles du rythme, d'infarctus du myocarde et d'insuffisance cardiaque. On connaît l'importance de dépister un allongement de l'espace QTc pour poser éventuellement l'indication des antidépresseurs sérotoninergiques, des tricycliques et/ou des neuroleptiques.

De plus, mettre en évidence une comorbidité n'affirme pas un lien étiologique. C'est surtout un motif important d'orientation des soins, de la nécessité éventuelle d'une hospitalisation et, comme nous venons de le voir, d'obéir à des exigences de prudence en matière thérapeutique.

Après plusieurs entretiens et observations du comportement du patient et en fonction des constatations recueillies, de l'avis de l'entourage sur l'état et les traitements antérieurs et de l'évolution récente (interruption d'un traitement, modification récente des doses, survenue d'une maladie somatique, d'une chute ou d'un psychotraumatisme), il est possible d'avancer quelques hypothèses étiologiques.

1. ***Dans le cas d'un épisode hallucinatoire, ou plutôt hallucinosique***, où prédominent des visions, parfois des voix, des bruits, des musiques, survenant de façon intermittente, le traitement doit être prudent, débuter peut-être par un ajustement des doses, en particulier de la L. Dopa, et une diminution d'un traitement anticholinergique. Les traitements ne doivent pas recourir aux neuroleptiques incisifs classiques (*Haldol*). Il est possible de recourir à des traitements neuroleptiques sédatifs per os, à faible dose, en visant une récupération de sommeil nocturne, l'absence d'angoisse d'endormissement, l'absence de torpeur diurne et d'hypotension en position debout. On utilise Chlorpromazine, gouttes per os, ou *Tercian*, Loxapine ou *Risperdal*.

2. ***En cas d'agitation nocturne avec idées de persécution***, sentiments de menaces et de danger, idées de fugue, appels au secours, il faut penser à une hospitalisation non seulement pour apporter une prise en charge rapprochée, une aide nocturne à la demande et un traitement sédatif adapté, mais aussi pour une prescription d'injections à faibles doses, éventuellement répétées, selon l'évolution, sans prescription d'anticholinergique, et une surveillance de l'état de conscience. C'est la phase où le patient âgé doit être sédaté, dormir, ne plus s'épuiser par agitation, manger et s'hydrater. Ce n'est donc pas une phase où le sommeil diurne, la poursuite et la baisse de l'attention doivent être considérés comme des symptômes secondaires gênants.

3. ***En cas de thèmes mélancoliques, hypocondriaques voire dépressifs*** confirmés par des sentiments de dévalorisation, une hospitalisation dans un service adapté serait l'idéal, mais le patient, ou sa famille, la refuse souvent. Il faut prévoir un traitement antidépresseur, parfois par perfusions, avec sédation de l'anxiété. L'utilisation des tricycliques nécessite l'absence de contre-indication cardiaque et la surveillance de l'hypotension éventuelle. Les doses initiales sont de l'ordre de la moitié de celles de l'adulte jeune. La survenue d'une ébauche de confusion mentale doit aboutir à l'arrêt du traitement par cette molécule pour opter pour un sérotoninergique noradrénergique. L'existence de thèmes délirants et des antécédents dépressifs doit pousser à prescrire, en association, un stabilisateur de l'humeur normothymique (Dépakote, Dépamide).

4. ***En cas de thème mixte*** repérable par la constatation d'une logorrhée, d'activité nocturne, avec insomnie bien supportée, et de quelques thèmes mégalomaniaques, il faut penser à une bipolarité avec un état mixte et des phases intermédiaires hypomaniaques avec des troubles caractériels. Il faut proposer les normothymiques (après un bilan hépatique), le lithium plus rarement en phase aiguë et seulement après étude de la fonction rénale, ou bien un antipsychotique de seconde génération.

5. ***En cas de délire strictement en rapport avec la détérioration cognitive***, c'est-à-dire relié aux déficits mnésiques, aux erreurs d'interprétations des messages sensoriels, aux troubles de l'orientation temporospatiale et aux troubles caractériels, le traitement de fond par les anticholinestérasiques peut être efficace. On peut constater que, lorsque le traitement se révèle stabilisateur du déficit cognitif, il peut s'avérer qu'il contribue à améliorer les troubles caractériels, les attitudes négativistes et le manque de contact avec l'entourage. De ce point de vue, le traitement se comporte comme un régulateur caractériel. Mais il paraît abusif de le considérer comme ayant une action voisine de celle des neuroleptiques sédatifs et de certains antipsychotiques.

LES NEUROLEPTIQUES

L'usage des neuroleptiques les moins déconseillés chez la personne âgée est résumé dans les tableaux 9-2 et 9-3.

Tableau 9-2. – Les Phénothiazines.

Largactil	Chlorpromazine	Cp. 25 & 100 mg Soluté 1 gtte = 1 mg IM Largactil 25/5 ml	États d'agitation aiguë avec besoin de sédation, la forme IM est recommandée avec réduction des doses. 1/2 ampoule relais pris par les gouttes adaptées à l'état du patient.
Tercian	Cyamémazine	Cp. 25 & 100 mg Soluté 1 gtte = 1 mg	Traitement de l'agitation et anxiété psychotique. Dose adaptable selon l'état du patient. Vérifier TA. Bradycardie (QTc)
Neuleptil	Propériciazine	Cp. 10 & 25 mg Soluté 1 gtte = 1 mg	Troubles caractériels, agressivité verbale, anxiété psychotique.

Pour tous risque d'hypotension orthostatique, de sédation exagérée, de constipation, risque de rétention d'urine et d'augmentation de la tension oculaire, de glaucome aigu. Ne pas utiliser chez le parkinsonien. Augmentation de QTc. Risque si bradycardie < 55/mn. Risque de confusion mentale. Baisse de l'attention. Apathie. Grabatisation possible.

Tableau 9-3. – Butyrophénones.

*Haldol**	Halopéridol	Cp. 1/5 & 20 mg Soluté Haldol 1 gtte = 1 mg	Neuroleptique incisif anti-hallucinatoire mais avec un risque important de trismus et de crise oculo-céphalogyre. Sensibilité de l'AG au syndrome extrapyramidal. Risque de confusion. Réaction anxieuse ou apathie. Aggravation du diabète.

* Être attentif pour la prescription d'un neuroleptique incisif phare. Ne pas associer d'anticholinergique. Risque d'aggravation d'un parkinson latent. Surveiller la TA. En cas d'hypotension, précautions, surveillance spécifique. Risque de syndrome malin et de troubles du rythme ventriculaire.
Ne pas utiliser les formes retard.

Les antipsychotiques atypiques de seconde génération

Les antipsychotiques atytiques de seconde génération les moins déconseillés pour les personnes âgées sont présentés dans les tableaux 9-4 à 9-7, ainsi que dans la figure 9-1.

Tableau 9-4. – Benzamides.

Dogmatil	Sulpiride	cp 50 & 200 mg Soluté : 1 c. à café 25 mg	Symptomatologie digestive, nausées, vomissements.
*Tiapridal**	Tiapride	cp 100 mg IM 100 mg = 2 ml	Traitement des états d'agitation et d'agressivité.
*Solian**	Amisulpride	cp 100, 200,400 mg Soluté : 1 ml = 100 mg IM 200 mg = 4 ml	États psychotiques chroniques en particulier avec symptomatologie hypocondriaque.

Réduire des doses en cas d'insuffisance rénale et chez le sujet âgé.
*Risque très rare d'allongement de l'espace QTc, pouls > 55. Risque de dystonie du tronc.
Risque particulier d'hyperprolactinémie, gynécomastie, d'où contre-indication en cas de tumeur prolactino-dépendante (tous les benzamides).

Tableau 9-5. – Diazépines & Oxazépines.

*Leponex**	Clozapine	Cp 25 & 100 mg	Délires chroniques surtout à forme résistante mais tendance à une utilisation plus large sauf contre-indication*
*Loxapac***	Loxapine	Cp 50 & 100 mg Soluté 1gtte = 1 mg IM 50 mg = 2 ml	Indication si état d'agitation, agressivité dangereuse
*Zyprexa****	Olanzapine	Cp 5 & 7,5 & 10 mg Vélotab5/10/15 & 20 mg IM 10 mg	Indication particulière, délire aigu dysthymique et cyclothymique. Utilité d'un traitement prolongé.

* Peut entraîner des neutropénies pouvant évoluer exceptionnellement vers l'agrunalocytose.
Surveillance hématologique pré et per traitement. Indication si leucocytes > 3 500 ml; neutrophile > 2000/ml. Peu de syndromes extrapyramidaux. Indication si parkinsonisme.
** L'effet sédatif recherché doit être particulièrement surveillé.
Hypotension orthostatique, syndrome malin (rare). Risque de gynécomastie.
*** Possibilité de symptômes extra-pyramidaux et hypotension orthostatique.
Augmentation de l'appétit avec risque de prise de poids et décompensation du diabète.
Diminution des doses chez le sujet âgé surtout si emploi en IM.

Tableau 9-6. – Autre Neuroleptique : La Risperdone.

*Risperdal**	Risperdone	Cp à 1 /2/4 mg Risperdaloro1/2/3/4 mg IM RisperdalconstaLP** 25/37,5/50 mg pour 2 ml	Trait. des psychoses aiguës ou chroniques. Utilisation possible si symptômes parkinsoniens mais abaisser les doses.

*Risque de prise de poids rapide et/ou décompensation d'un diabète préexistant. Surveiller glycémie.
Possibilité d'hypotension si sédation importante.
** Utilisation possible de la forme retard chez le sujet âgé chez lequel on a confirmé l'efficacité de la molécule. Intérêt d'une surveillance clinique, relationnelle et d'un traitement IM tous les 14 jours.

Tableau 9-7. – Autre Antipsychotique :
Agoniste partiel Dopamine/Sérotonine : Aripiprazole.

*Abilify**	Aripiprazole	Cp 10/15 mg Orodisp10/15 mg	Intérêt dans les psychoses aiguës et surtout durables par une action équilibrée sans apathie. Syndrome extra pyramidal très rare

*Renforcement de l'anxiété, de la nervosité et de l'agitation. Parfois idées de suicide.
Nausées, vomissements, pas d'hyperorexie. Parfois amaigrissement.
Quelques cas de myalgie, crampes musculaires. Acathisie. Augmentation des CPK.

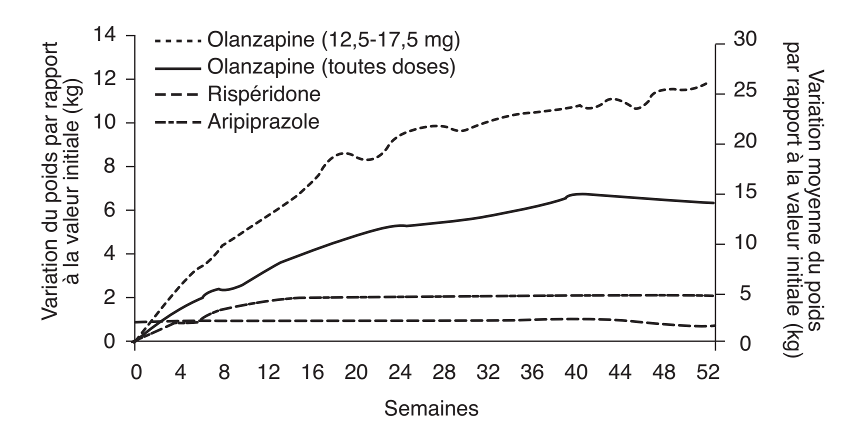


Figure 9-1. Prise de poids sur un an. Variation moyenne du poids par rapport à la valeur initiale (d'après Casey DE. Metabolitic issues and cardiovascular disease in patients with psychiatric disorders. *Am J Med* 2005; 118:155-225).

LES DÉPRESSIONS OU TROUBLES DE L'HUMEUR

Les syndromes dépressifs constituent des situations fréquentes d'interventions auprès des personnes âgées tant pour le généraliste que pour le gérontologue ou le psychiatre. Il faudra, dans tous ces cas, tenter de poser un diagnostic, rechercher des facteurs étiologiques sur le plan somatique, en tenant également compte du contexte événementiel, et se fonder sur le vécu du patient, traduit le plus fidèlement possible par son témoignage sans négliger celui de l'entourage. Après tout ce travail, il devient possible de prendre une décision thérapeutique et de s'apprêter à en juger les résultats.

Les éléments épidémiologiques

La prévalence du syndrome dépressif majeur (au sens de constitué et confirmé) n'augmente pas sensiblement chez la personne âgée. Elle est appréciée à un taux de 3,8 % chez l'homme et de 6 % chez la femme (confirmant la constance de cette prévalence au travers de l'âge).

Il en est tout autrement si l'on veut inclure, ce qui est souvent une tentation, les symptômes dépressifs plus ou moins isolés, les dysthymies ou même les dépressions chroniques. Il y a là une difficulté particulière et frappante chez le sujet âgé, où le recueil des symptômes entraîne souvent un cruel dilemme entre des plaintes liées à un état physique défaillant et celles qui indiqueraient un syndrome dépressif confirmé. A l'inverse, on peut considérer que dans 15 à 20 % de la population âgée se pose la question de symptômes dépressifs et de la nécessité d'une étude relationnelle approfondie, avant d'accepter le diagnostic d'un épisode dépressif.

S'il était classique d'affirmer que le diagnostic de dépression était trop souvent négligé chez l'âgé, nous nous demandons si maintenant cette pétition de principe est toujours aussi légitime. Du moins est-il certain que la prescription d'antidépresseurs est devenue très courante. Il est possible de visiter des institutions pour personnes âgées, où plus de la moitié des patients sont soumis au traitement antidépresseur. Si cela ne fait rien sur les symptômes dépressifs, du moins, pourrait-on se dire, « c'est toujours bon pour les douleurs… ! ».

On retiendra des enquêtes épidémiologiques des données qui ne sont pas faciles à interpréter, en particulier si la prévalence reste à peu près stable avec l'âge, le diagnostic de dépression est croissant au travers des générations selon un effet dit « période/cohorte ».

On peut en conclure que la maladie dépressive atteint de plus en plus de sujets, ou bien rappeler que le diagnostic posé avant les années 1940 n'employait qu'exceptionnellement le terme de dépression (y compris par les aliénistes). Aujourd'hui au contraire, le diagnostic est posé tant par les médecins que par le patient lui-même et son entourage. Ce diagnostic est le plus populaire (un des seuls) de la psychiatrie. On peut dire qu'il a été accepté progressivement par les âgés, mais avec retard.

En ce qui concerne les tentatives de suicide, on assiste effectivement à une diffusion aux personnes âgées de ces conduites qui touchent massivement les adultes jeunes et les adolescents. Les services d'urgences constatent de façon assez régulière des tentatives de suicide médicamenteuses atteignant les âgés selon une pathologie réactionnelle à telle ou telle situation difficile sans que toujours un syndrome dépressif puisse être confirmé.

Les suicides atteignent des incidences importantes, surtout chez l'homme (pouvant aller jusqu'à 95/100 000 h au-delà de 85 ans). Ces suicides se produisent souvent sans aucun appel au secours, dans un silence relationnel frappant.

Les techniques de l'autopsie psychologique cherchent à posteriori à retrouver les facteurs déclenchants. Il est possible que le diagnostic de dépression majeure soit prédominant, mais on retrouve souvent des situations difficiles au cours desquelles les capacités adaptatives du sujet se sont révélées momentanément dépassées

Les épisodes dépressifs majeurs (EDM), c'est-à-dire caractérisés (*cf.* figure 9-2)

Il faut accorder une place importante à la survenue d'épisodes dépressifs caractérisés (EDM) chez le sujet âgé. Il est également possible de s'aider du remplissage d'échelles d'appréciation sémiologique de l'épisode chez le sujet ou même d'échelles d'autoévaluation spécifiques comme la GDS (*Geriatric Depression Scale*) ou même mini-GDS. Pourtant, on peut considérer que le diagnostic d'épisode dépressif reste assez difficile, encore plus pour ce qui concerne les conséquences thérapeutiques. Il faut aussi tenir compte du nombre de formes atypiques : même les mélancolies graves ne sont pas, malgré leur intensité, d'un diagnostic si facile (refus, oppositionnisme, mutisme). Enfin, il faut compter aussi sur la conduite thérapeutique : elle reste malgré tout délicate; et si l'on est en droit d'attendre de bons résultats, ils manquent parfois à l'appel. Même si la prescription des antidépresseurs est reconnue comme indispensable, elle ne peut résumer l'attitude thérapeutique. En effet, dans la majorité des cas, l'épisode dépressif, lorsqu'il est reconnu par le patient lui-même est relié à un ou plusieurs événements négatifs de sa vie récente ou d'un passé plus lointain. Le patient a aussi besoin d'être entendu et aidé au sens d'une psychothérapie de soutien. De plus, le sujet âgé a besoin d'une relation d'ordre médicale, ce qui justifie un certain abord, une attitude très attentive à ses plaintes somatiques et à leur soulagement.

Affirmer un syndrome dépressif majeur ne consiste pas seulement à compter les critères remplis en faveur du diagnostic, ou bien à constater un score sur une échelle. Il faut également s'assurer de la validité qualitative des critères retenus. Il en est ainsi de la nature exacte de l'humeur dépressive.

Diagnostic différentiel

❒ Déficit cognitif et/ou dépression

Cf. infra, chap. 5 « Le déficit mnésique avec phobie de démence ».

❒ Apathie et troubles de l'humeur

Pour affirmer un syndrome dépressif, il est essentiel de ne pas confondre atteinte de l'humeur et apathie. En effet, ces deux états peuvent être rapprochés de la passivité, du ralentissement, du manque de goût et d'intérêt. Mais

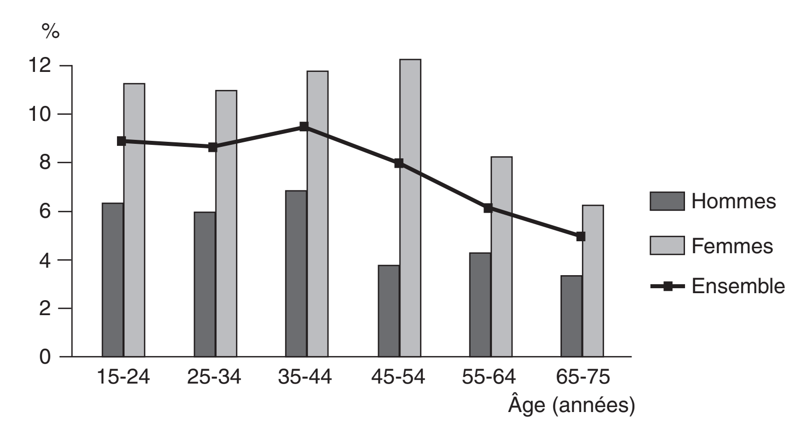


Fig. 9-2. Proportion de personnes ayant souffert d'un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois selon l'âge et le sexe.
Source : *Baromètre santé 2005.* Béatrice Lamboy. Les troubles dépressifs et leur prise en charge. Ed. INPES 2006:69-76.

ils se séparent par la coloration douloureuse, pénible de l'humeur. Il ne s'agit pas d'une simple réaction, ponctuelle, à un événement déplaisant, mais d'un état persistant au fil des jours, et ce malgré la survenue d'éléments heureux. En tout cas, la profondeur du trouble de l'humeur ne peut être appréciée par l'intensité des réactions émotives et des pleurs, mais par le tragique et la pauvreté émotionnelle. A ne pas confondre cependant avec l'indifférence et la sensation de ne pas être concerné. Chez le sujet âgé, l'apathie montre des traits caractéristiques de l'aboulie et de l'appauvrissement émotif de certaines démences avec prédominance de l'atteinte frontale (perte de l'intérêt et du savoir-faire) (voir également syndrome frontal). La dépression, quant à elle, se caractérise plutôt par l'anhédonie et le manque de plaisir à faire.

❒ Hyperthymie

Curieusement, il est possible de voir confondre un syndrome dépressif et d'un syndrome hypomaniaque, en particulier chez le sujet âgé. Apparemment, tout les oppose : les jeux de mot, une sorte de dynamisme, l'insomnie bien acceptée, la logorrhée, les projets dispersés. Mais la dépression reste évoquée, car c'est le diagnostic phare de la psychiatrie, du fait de l'anxiété, de l'agitation, sans tenir compte des variations thymiques sur des périodes très brèves. Il est important d'en faire la distinction sur le plan du traitement, car il faut se méfier d'un traitement antidépresseur à fortes doses d'entretien qui favorise une hypomanie chronique. Il faut au contraire penser à l'utilisation des régulateurs de l'humeur dont l'activité positive est très notable.

Attitude thérapeutique

Faut-il prévoir un traitement ambulatoire et prescrire des antidépresseurs par voie orale ? C'est bien sûr la réalité dans l'immense majorité des cas, car le pourcentage de formes traitées par le généraliste est considérable. Il n'est pas question de lutter contre ce qui est une réalité pour tous. Très souvent, le sujet âgé a confiance dans son médecin traitant. Il faut surtout surveiller le résultat clinique des traitements prescrits et ne pas se contenter de changements multiples de l'antidépresseur. Il convient également de se méfier de l'utilisation des antidépresseurs qui permettent de passer à l'acte lors d'une tentative de suicide.

En cas de décision de suivi par le psychiatre, celui-ci peut prévoir, surtout au début, un suivi rapproché par des consultations répétées, et même, si besoin est, le passage de soignants à domicile.

Enfin, pour une minorité, il est nécessaire de prévoir une hospitalisation. Ceci peut être difficile à obtenir, mais doit être demandé devant quelques circonstances précises :

1. Le risque suicidaire et l'affirmation d'un projet suicidaire et d'éléments dépressifs. Mais ce risque est difficile à apprécier, surtout lorsque le malade parle peu.

2. Le risque suicidaire ne peut être le seul argument pour justifier l'hospitalisation. Elle s'impose également lors de mélancolies graves, catatoniques, dont le tableau clinique manifestement sévère est très difficile à assumer à domicile, pour un couple ou encore pour un sujet isolé. L'aide au maintien à domicile ne suffit pas, c'est une évidence.

3. Nous signalerons aussi la forme des dépressions anxieuses où la personne âgée lance sans cesse des appels au secours, des SOS, sous forme de coups de fils diurnes et nocturnes. Le prétexte est très souvent un malaise somatique, une crainte de mourir seule, une insomnie grave. Il ne semble pas y avoir de solution, en dehors d'une prise en charge étroite de type hospitalière.

4. Bien entendu, un motif important est l'existence de difficultés somatiques : douleurs, amaigrissements, fatigue intense, insomnie, même si la nature dépressive n'est pas véritablement acceptée, du moins en tant que cause déterminante. Nous signalerons dans ces cas, les formes avec refus alimentaire – parfois refus de la boisson –, constipation préoccupante, vertiges et chutes répétées.

❐ Le choix de l'antidépresseur parmi les molécules disponibles

Il n'existe pas de critère scientifique permettant de prévoir l'activité d'une molécule sur un patient déprimé. On est encore loin de connaître les neuromédiateurs cérébraux et leur évolution sénile, les éventuelles anomalies biochimiques au cours de la dépression, et enfin le mécanisme d'action des molécules antidépressives.

De ce point de vue, il est nécessaire de rappeler qu'il existe plusieurs façons de désigner les classes d'antidépresseurs des catégories classificatoires hétérogènes.

• Les antidépresseurs tricycliques

On désigne ainsi la structure chimique de molécules formées de trois cycles benzéniques, ayant une configuration proche de celle de la chlorpromazine, et qu'on appelle imipraminiques.

En ce qui concerne leur activité antidépressive, il faut bien admettre que, depuis leur découverte en 1957, le Tofranil et l'Anafranil constituent toujours des molécules de référence, du fait de leur efficacité, améliorant ou guérissant près de deux tiers des états dépressifs.

Mais les effets secondaires indésirables sont multiples, plus ou moins accentués selon la molécule et la réactivité du patient. C'est ainsi qu'on peut noter divers effets biochimiques indésirables :

– anticholinergique central, insomnie et même risque de confusion mentale, qui peut être confondue avec une poussée démentielle. Il faut alors interrompre rapidement le traitement et surveiller l'évolution des symptômes;

– anticholinergique périphérique : sécheresse buccale, troubles de l'accommodation, constipation, rétention d'urine;

– adrénolytique alphapériphérique : hypotension artérielle orthostatique;

– adrénomimétique : palpitations, bouffées de chaleur, sueurs, tremblements des extrémités;

– histaminique : sédation;

– quinidino-mimétique : par une action directe sur le myocarde, donnant un effet tachycardisant et hypotenseur.

Si bien qu'avec les tricycliques récents, qu'il s'agisse de dérivés imipraminiques (quinupramine/kinupril) ou qu'ils s'en distinguent par de nettes modifications (amineptine, doxépine, dosulépine, amoxapine, tianeptine), on cherche à éviter les effets secondaires les plus gênants.

• Les IMAO

En parlant d'IMAO, on ne fait plus référence à la structure chimique, mais au mécanisme d'action.

Les IMAO non réversibles, non spécifiques, sont des molécules dérivées de l'isoniazide, médicament antituberculeux, ayant lui-même des effets psychiques. Leur action est en fait une inhibition des oxydases, enzymes dégradant les amines neuromédiatrices : noradrénaline, sérotonine et dopamine.

Il existe d'une part des effets secondaires indésirables, proches de ceux des tricycliques imipraminiques, et d'autre part des variations tensionnelles, qui peuvent être particulièrement dangereuses chez la personne âgée. Le dernier de cette catégorie, le *Marsilid*, a été retiré du marché.

C'est pourquoi ont été développés les IMAO de nouvelle génération, spécifiques et réversibles : ils sont spécifiques de la désamination de la sérotonine, de la noradrénaline et de la dopamine (IMAO type A), amines qui seules nous intéressent pour leur action antidépressive, alors qu'elles ne

modifient que très peu le métabolisme de la tyramine. De plus, leur action sur l'enzyme MAO A est réversible en quelques heures.

• Les sérotoninergiques

Enfin, on a beaucoup insisté sur le rôle de la sérotonine, neuromédiateur qui serait impliqué tant dans la pathologie dépressive que dans les troubles anxieux, les troubles obsessionnels et compulsionnels, mais aussi l'impulsivité, la violence et les addictions.
Or, de nombreuses molécules ont une action spécifique ou non sur la sérotonine dans la fente synaptique :
1. Les IMAO : ce sont des sérotoninergiques importants par leur action d'inhibition de désamination de la Sérotonine.
2. Les inhibiteurs du recaptage :
– imipraminiques non spécifiques : imipramine : *Tofranil*; clomipramine : *Anafranil*; amitriptyline : *Laroxyl*, amoxapine : *Défanyl*;
– ou spécifiques : *Prozac, Floxyfral, Deroxat, Seropram, Séroplex, Zoloft.*

• Les antidépresseurs nouvelle génération

Les antidépresseurs de nouvelle génération obéissent donc à des modes d'action sur les neuromédiateurs très divers, depuis une action quasi spécifique sur un seul jusqu'à des actions sur les deux ou trois principaux médiateurs. L'accent mis sur la sérotonine ne doit pas faire oublier l'existence de mécanismes paradoxaux, tel que celui de la stimulation du recaptage notée avec le *Stablon*. Il existe aussi des médicaments à action noradrénergique (NaSSA, IRSNA) : *Norset, Effexor, Ixel, Cymbalta.*
Nous tenterons cette synthèse par le tableau 9-8.

• Les éléments du choix chez le sujet âgé

La première chose chez la personne âgée est de s'assurer de l'absence de contre-indication aux effets latéraux neurovégétatifs de type anticholinergique, particulièrement marqués avec les tricycliques :
– troubles cardiaques, troubles du rythme, insuffisance cardiaque prononcée;
– hypertonie oculaire : risque de glaucome;
– hypertrophie prostatique : risque de rétention aiguë d'urine.
Dans ces cas, il vaut mieux utiliser d'emblée une molécule non tricyclique. Mais les molécules non tricycliques et sérotoninergiques se sont avérées comme fréquemment à l'origine d'hyponatrémie. Celles-ci peuvent être sévères alors qu'elles évoluent à bas bruit, jusqu'à la décompensation, qui peut être brutale et se traduire par une confusion mentale et des convulsions. La plupart des cas surviennent chez le sujet âgé prenant des diurétiques. Il est donc nécessaire de surveiller attentivement la natrémie. Tout dépistage d'une baisse des chiffres du sodium doit entraîner l'arrêt du traitement et la compensation immédiate par des apports électrolytiques suffisants. Il

Tableau 9-8. – Les antidépresseurs ancienne et nouvelle génération.

Tricycliques imipraminiques :
- Imipramine : *Tofranil*
- Clomipramine : *Anafranil*
- Amitryptiline : *Elavil*, *Laroxyl*
- Trimipramine : *Surmontil*

Tricycliques avec modifications importantes du noyau central par rapport à l'imipramine, et ayant une action noradrénergique :
- Miansérine : *Athymil*
- Maprotiline : *Ludiomil*

Tricycliques à noyau central classique; à formule dibenzodiazépinique :
- Amineptine : *Survector* (dopaminergique)
- Amoxapine : *Defanyl*
- Dosulépine : *Prothiaden*
- Tianeptine : *Stablon*
- Doxepine : *Quitaxon*

IMAO réversibles et spécifiques de la MAO A :
- Moclobémide : *Moclamine*

NaSSA :
- Mirtazapine : *Norset*
- Venlafaxine : *Effexor*

IRSNA, inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline :
- Milnacipran : *Ixel*
- Duloxetine : *Cymbalta*

Inhibiteur sélectif de la recapture de la Sérotonine non tricycliques (IRS sélectif) :
- Fluvoxamine : *Floxyfral*,
- Escitalopram, Seropram, Citalopram : *Séroplex*
- Paroxétine : *Deroxat*
- Sertraline : *Zoloft*

faudra songer également au remplacement de l'antidépresseur. Toutes les personnes ne sont pas sensibles aux mêmes molécules.

Actuellement, il est très rare qu'un patient n'ait pas été soumis déjà à un traitement antidépresseur lorsqu'il est vu par le spécialiste. Si le dosage est manifestement insuffisant, sans symptôme secondaire gênant, il faut recourir à une posologie plus forte. Si le traitement précédent a été véritablement un échec, avec la survenue de symptômes secondaires très gênants et/ou par l'inefficacité thérapeutique au bout de 15 jours à 3 semaines, on peut procéder, après une courte fenêtre thérapeutique, à l'emploi d'un antidépresseur d'une classe différente.

La symptomatologie oriente en fonction du pôle de la dépression, l'inhibition psychomotrice et l'anxiété. Selon le cas, on utilisera les molécules désinhibitrices ou anxiolytiques. A priori, cela semble plus favorable que d'associer systématiquement les anxiolytiques. En revanche, il paraît diffi-

cile de se passer, même au début, des somnifères lorsqu'il existe des plaintes évidentes dans ce domaine.

• Déroulement du traitement

La posologie de l'antidépresseur dépend certes de l'âge mais surtout de l'état physiologique du patient : on peut se fonder, pour un poids normal, sur une posologie réduite d'un tiers en dessous de 70 ans et de moitié au-dessus. En cas d'insuffisance d'action et lorsque le traitement est bien supporté, on peut passer secondairement aux doses de l'adulte jeune.

En cas d'hospitalisation, il est parfois souhaitable de débuter le traitement par voie veineuse en perfusions (Clomipramine - Citalopram). Non seulement il est possible d'atteindre sous surveillance des doses efficaces, mais l'ambiance thérapeutique médicale est très favorable pour la personne âgée déprimée.

Le traitement est poursuivi jusqu'à l'obtention de résultats tangibles constatés par les soignants et ressentis par le patient lui-même, tout en restant très attentif aux effets secondaires éventuels que l'on cherche à atténuer ou à compenser au fur et à mesure.

Si une chimiothérapie bien conduite paraît inefficace, si les symptômes secondaires font courir un risque au patient, si le syndrome dépressif reste indiscutable, il faut changer de molécule et de type d'action ou encore envisager une série d'électrochocs dont l'efficacité est parfois très rapide et spectaculaire chez le sujet âgé.

La durée du traitement d'attaque, et de l'hospitalisation, qui peut lui être liée, est de l'ordre d'un mois à 6 semaines. Les mesures à prendre pour le retour à la vie antérieure sont très importantes. Il faut se méfier des retours trop précoces sous prétexte d'une amélioration rapide. Un séjour en maison de repos ne doit pas être paré de toutes les possibilités d'amélioration que l'hospitalisation n'a pas été capable de fournir. Le séjour de post-cure doit se faire lorsque le patient le demande et en espère quelque chose.

Le retour en famille ou au domicile comporte la reprise des habitudes de vie, mais aussi parfois la reprise des problèmes et des difficultés anciennes. Si une décision doit être prise, on peut aider la personne en lui exposant les aspects de la problématique familiale, tout en favorisant le dialogue entre tous les partenaires. Il faut savoir, dans ces cas, rester avare de conseils, même s'ils paraissent évidents.

Chacun semble d'accord maintenant pour que la chimiothérapie soit poursuivie pendant 3 à 6 mois (pas obligatoirement à une dose plus faible que celle qui s'est avérée efficace lors de cet épisode), pour éviter la rechute, c'est-à-dire la reprise des symptômes d'un épisode qui n'aurait pas été guéri mais apaisé. Il existe une forte demande de la part du patient, qui reconnaît une amélioration de son état, d'abaisser les doses voire de stopper le traitement. Contrairement à certaines recommandations, nous pensons qu'une

discrète baisse des doses, tout en surveillant l'état clinique du patient, est légitime. Le maintien de fortes doses risque de favoriser soit le passage à un état hypomaniaque, soit un abaissement des doses à l'initiative du seul patient. A l'inverse, s'il se produit une reprise de l'anxiété, ou de quelques éléments dépressifs, il est nécessaire de revenir aux doses antérieures qui s'avèrent indispensables.

Les syndromes sub-dépressifs

Sémiologie

Il s'agit de regroupements syndromiques très fréquents, en effet si le syndrome dépressif majeur atteint en moyenne 5 % des gens âgés de plus de 65 ans, on peut retrouver de 3 à 5 symptômes de la série dépressive, représentant surtout des plaintes somatiques dans 20 % de la population âgée. La question est donc de connaître la signification que l'on peut donner à de telles conjonctions symptomatiques.

En tout cas, il ne paraît pas légitime d'assimiler purement tout mouvement émotionnel pénible, toute douleur, tout handicap ou incapacité dans la vie quotidienne, qui ne seraient pas surmontés d'un cœur léger, comme une petite dépression, « un coup de déprime », comme le langage populaire l'a finalement adopté. On ne peut se prévaloir à de ces débordements pour guider notre attitude thérapeutique. Tout mouvement émotionnel non joyeux ne peut être assimilé à une légère dépression, quitte à se lamenter ensuite sur l'inflation médicamenteuse qui en résulte.

Pourtant, toute discussion n'est pas close lorsqu'on constate un sub-syndrome dépressif, avec souvent une prédominance des items somatiques (douleurs, fatigue, insomnie, préoccupations hypocondriaques diverses). Quelle est sa signification pathologique réelle ? En fait, il existe plusieurs possibilités, qui vont par exemple d'un trouble dysthymique à des variations de type cyclothymique ; l'essentiel est de tenir compte des modifications exactes du trouble central qui est celui de l'humeur.

Plusieurs situations peuvent s'appliquer à la notion de syndrome sub-dépressif et poser un problème diagnostic plus ou moins difficile.

❒ Douleurs et dépression

Les liens entre douleur et dépression sont multiples. Un syndrome douloureux de longue durée implique un repli du patient sur lui-même, parfois un ralentissement moteur et souvent une tristesse relativement parallèle au ressenti de la douleur et de l'impuissance à être soulagé par les antalgiques absorbés. Réversiblement, un syndrome dépressif semble à lui seul capable de coexister avec un vécu corporel douloureux, céphalées, douleurs digestives et digestions pénibles, dysuries, fatigue corporelle avec douleurs musculaires et ostéo-articulaires rendant tout effort pénible.

On peut tenter de rassembler des éléments cliniques en faveur de l'une ou l'autre hypothèse selon la répartition syndromique : plus les douleurs sont diffuses, multiples, plus elles paraissent en relation avec l'état thymique, qui semble en être l'initiateur. Il n'en reste pas moins que le traitement antidépresseur est souvent appliqué tant comme antalgique complémentaire et synergique que pour son activité prothymergique.

❒ Les antidépresseurs en dehors de la dépression

Les indications des antidépresseurs chez la personne âgée dépassent les syndromes dépressifs diagnostiqués comme tels. Il n'est pas toujours facile de distinguer la dépression, masquée sous les dehors de douleurs chroniques invalidant la personne âgée, et les formes dites « neurologiques pures ». Mais en tout cas, la prescription d'antidépresseur est souvent bénéfique et permet rarement de diminuer ou supprimer l'usage des antalgiques.

Dans ce cadre, entrent :

– les douleurs rhumatismales cervicales et dorso-lombaires, les coxarthroses, les syndromes épaule-main ;

– les céphalées chroniques ;

– les douleurs artéritiques ;

– les syndromes douloureux post-chirurgicaux ;

– les polynévrites et neuropathies diabétiques (*Cymbalta*) (Goldstein et coll., 2005) ;

– les névralgies faciales, les névralgies post-zostériennes ;

– les douleurs viscérales hypocondriaques répondant moins bien à ce traitement.

Il peut être utile alors de tenter l'utilisation du sulpiride ou de neuroleptiques à faibles doses. En revanche, les anxiolytiques purs sont d'un usage décevant.

Diagnostic différentiel

Il est possible que ce qui semble être une dépression résistante soit, en fait, l'absence de réaction au traitement antidépresseur d'une symptomatologie pseudo-dépressive. Il faut donc parfois, quand on constate ce phénomène, en revenir à une analyse critique de la sémiologie elle-même :

– ne s'agit-il pas, en fait, des symptômes d'apathie et d'indifférence affective d'un syndrome frontal ?

– ou d'une symptomatologie pseudo-dépressive secondaire à une atteinte encéphalique, provoquant aussi des éléments détérioratifs et une atteinte neurologique tels qu'hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale à localisation frontale ?

Dans ce cas, l'important est de constater l'inactivité du traitement antidépresseur et de refaire un bilan neurologique clinique et paraclinique, ce pour parvenir à découvrir l'origine neurologique possible de ce tableau clinique.

On sait que dans ces pseudo-démences ou pseudo-dépressions, lorsque la cause s'avère curable, par exemple grâce à une action neurochirurgicale, les symptômes pourront régresser. Cela correspond, par définition, à une des formes de pseudo-démence, mais dans beaucoup de cas, malgré l'acte thérapeutique, des séquelles détérioratifs et/ou d'allure dépressive persistent, mettant en doute le caractère réellement curable de cette pseudo-démence qui rejoindra, de ce fait, à plus ou moins long terme, l'évolution irréversible des véritables démences.

❒ Dépression masquée

Il s'agit dans ces formes de signaler une symptomatologie à expression essentiellement somatique :

– troubles digestifs ;
– douleurs cardiaques ;
– syndromes dyspnéiques ;
– troubles dysuriques.

Formes pour lesquelles le patient est souvent déjà soigné par un somaticien, lequel a pu croire reconnaître une affection bien déterminée ou, au contraire, avoir des doutes importants sur l'étiologie. Ces doutes sont parfois signalés dans la bouche même du médecin par le vocable de « maladie psychosomatique ».

Le patient n'affirme pas les symptômes nodulaires de la dépression : il déclare par exemple qu'il n'est pas triste ou que, s'il apparaît préoccupé, c'est seulement à cause de l'affection somatique dont il souffre. Dans ces cas, on peut pourtant soupçonner, après un certain temps d'évolution, en s'aidant d'une observation relationnelle soigneuse et devant l'absence de solution sur le plan somatique, qu'il s'agit d'une dépression masquée. Chez le sujet âgé, nous avons constaté que c'est bien le cas lors des glossodynies et/ou des xérostomies non iatrogènes. On peut y rattacher les syndromes douloureux vulvo-vaginaux de la femme âgée. On peut alors recourir à un test thérapeutique aux antidépresseurs, selon un protocole bien précis, afin de pouvoir trancher le plus clairement possible en fonction des résultats obtenus.

❒ Dépression chronique et dysthymie

Il est possible que la mise en place soigneuse de traitements antidépresseurs bien adaptés, tant dans la phase aiguë que prophylactique, puisse diminuer la fréquence des états dépressifs chroniques qui atteindraient un cinquième des cas retrouvés chez les patients âgés. Même si l'instauration du traitement a pu entraîner une amélioration partielle, la plupart des symptômes réapparaissent peu à peu, sous une forme affaiblie, que le patient hésite à mettre en avant.

Plusieurs questions se posent :

– Y a-t-il effectivement résistance au traitement ou utilisation de doses d'entretiens insuffisantes ?

– Le patient n'a-t-il pas supprimé la prise de l'antidépresseur sans le dire à son médecin, pour suivre, avec remords, d'autres donneurs de conseils ?

– Ne se produit-il pas des poussées dépressives récurrentes, qui seraient traitables, sur un fond dépressif chronique (dépression dite double) ?

Un cinquième des patients atteints d'un syndrome dépressif majeur ne guérit pas. Cette évolution se dessine dès le troisième mois de résistance aux traitements, et plus nettement encore, à partir de 6 mois. Les symptômes en particulier douloureux persistent deux ans ou plus (Mouchabac, 2003). On peut parler de dépression mineure chronique (ou dysthymie).

Le tableau comporte les plaintes chroniques d'un syndrome dépressif, des exigences thérapeutiques, une attitude revendicative et méfiante de l'entourage, la recherche répétitive de médicaments efficaces et la crainte d'une maladie somatique sous-jacente qu'il est parfois difficile d'éliminer avec certitude.

Les épisodes mélancoliques

Il pourrait paraître évident que les formes les plus graves de syndrome dépressif sont d'un diagnostic plus aisé que les formes d'intensité moyenne. En fait, on peut constater que le diagnostic est plus spécialisé. En effet, il se caractérise par les symptômes suivants.

Un syndrome psychomoteur

Marqué par le manque d'expression des émotions, même s'il ressent en luimême de l'anxiété, le sujet ne l'exprimera parfois que par son regard. Parfois, cette amimie peut être prise pour de l'apathie ou de l'indifférence. On comprend toute la difficulté du problème en cas de syndrome extra-pyramidal, non encore reconnu. La catatonie est un syndrome possible chez l'âgé avec une hypertonie cireuse et malléable des membres, parfois le maintien des attitudes et un syndrome délirant sous-jacent, difficile à mettre en évidence.

Les idées délirantes

Elles sont dites congruentes à l'humeur lorsqu'elles expriment un thème en accord avec les idées mélancoliques. Il peut s'agir chez le sujet âgé d'un sentiment de ruine ou d'indignité, par suite de fautes très anciennes, mais aussi de l'idée délirante d'être sale, sans avoir la volonté de se laver, de sentir mauvais par le fait des fuites urinaires très culpabilisées (très nette

différence avec une démence où les pertes d'urine et les mauvaises odeurs sont niées malgré l'évidence).

La notion de ne pas avoir assez d'argent pour payer les frais de santé, en particulier une hospitalisation, est très caractéristique chez le sujet âgé. Parfois, cette inquiétude est prise au premier degré par les services sociaux qui s'acharnent à rassurer le patient.

Parfois, des voix viennent confirmer à l'âgé des menaces qui pèsent sur lui et des conséquences nuisibles qui vont en résulter, ce qui le terrorise encore plus et peut le pousser au suicide.

Dans quelques cas, les idées délirantes ne sont pas directement en rapport avec l'humeur, même si on peut secondairement les rattacher à la dépression. Par exemple, ce sont des thèmes de persécution par le voisinage, des hallucinations se produisant comme surveillance de la vie intime. Il faut être attentif à des thèmes paradoxaux tels que mégalomanie, sentiment d'être l'objet de la jalousie de l'entourage, le centre d'intérêt de tous. Il peut en résulter l'irritabilité, l'agressivité à l'égard d'un proche chargé de tous les défauts à laquelle les personnes âgées retirent toute sa confiance. Cela constitue parfois le tableau d'une dépression dite agressive, qu'il est important de rattacher à une mélancolie délirante.

Dans toutes ces formes, un suicide peut survenir brutalement alors même que le diagnostic n'a pas été fait et que le sujet s'est tu sur ses intentions, ne serait-ce que par un mutisme et une méfiance vis-à-vis de l'entourage. C'est surtout le cas de l'homme âgé, chez lequel le taux de suicide atteint 95 pour 100 000 habitants au-delà de 85 ans, souvent sans appel au secours et dans un silence relationnel frappant.

Formes cliniques et diagnostic différentiel

❒ Syndrome de Cotard et autres syndromes hypocondriaques

Le syndrome de Cotard désigne, d'après la description de cet auteur, un délire de négation concernant tel ou tel organe viscéral qui serait absent ou ne fonctionnerait plus. Chez le sujet âgé, un tel syndrome atteint surtout le système digestif avec un sentiment de grave perturbation de son fonctionnement. Il s'agit très souvent d'une plainte concernant une constipation prolongée sur des semaines et la sensation d'un arrêt du processus de la digestion, avec accumulation et blocage des matières fécales. Parfois, le blocage peut être situé plus haut, dès l'œsophage ou l'estomac (rétréci, bloqué). Parfois encore, il s'agit d'un blocage des reins ou de la vessie. Un médecin peu averti peut prendre la plainte du patient au premier degré et déclencher un ensemble d'investigations fibroscopiques, visant à rassurer le malade. On peut percevoir le caractère pathologique des troubles, car le patient n'est pas rassuré et trouve, au contraire, motif à désespérer puisqu'on ne voit pas ce qu'il a et qu'on ne le prend pas au sérieux. En fait, il est gravement déprimé, et parfois ne le perçoit pas ou ne l'exprime pas.

Seul un traitement antidépresseur, et parfois antipsychotique, permet d'améliorer son état.
On rapprochera ces délires, avec perte d'une image corporelle satisfaisante et perturbation de l'identité, des formes hypochondriaques où le patient est persuadé d'être atteint d'une maladie incurable et dont il récuse tout espoir de guérison (cancer profond, maladie irréversible du foie, des reins ou même une atteinte du cerveau par une tumeur risquant de le faire tomber fou).

❐ Syndrome catatonique

C'est un syndrome rare, mais trompeur, car il prend aisément l'allure d'une affection somatique incipiens : anorexie, amaigrissement, fatigue, arrêt complet de toutes les activités antérieures. Il faut prêter attention à l'absence de contact avec l'entourage et à l'attitude négative face à toute tentative d'approche, même soignante. On observe la rareté des paroles, l'inexpressivité faciale – le visage semble figé et le regard tragique –, et l'oméga dit « mélancolique ». On pourra retrouver par l'examen clinique la caractéristique éponyme du diagnostic, c'est-à-dire la particularité de cette immobilité, avec rareté des mouvements spontanés : c'est la rigidité cireuse des membres, sans tremblement (la distinguant du syndrome Parkinsonien), et, éventuellement, le maintien passif des attitudes.
Rattacher ce tableau à un syndrome dépressif mélancolique n'est pas aisé, le patient tend à demeurer silencieux, et même agressivement mutique, par exemple en employant « non » comme seule réponse aux questions. Il faudra tenter d'obtenir quelques éléments supplémentaires : dans les rares paroles qu'il émet, le sujet peut évoquer l'idée de mort, de fin du monde, de destruction et surtout de culpabilité (faute, péché). Ces éléments sont suffisants, en particulier chez le sujet âgé, pour penser à un tel tableau et pour dépasser les refus de toutes intentions thérapeutiques et exiger avec l'entourage une hospitalisation et la mise en route d'un traitement antidépresseur.
En cas de refus persistant, après bilans somatiques, on a recours à des perfusions intraveineuses (qui ne sont qu'exceptionnellement refusées, contrairement à la voie orale), on peut en profiter pour pratiquer la rééquilibration hydro-électrolytique et lutter contre la dénutrition.
Un tel tableau peut récidiver sur ce mode ou sur un tableau mélancolique plus classique avec idées délirantes de persécution ou de préjudice.
A l'issue d'un épisode aussi grave, il faut faire à distance un bilan cognitif pour s'assurer qu'il n'existe pas une détérioration cognitive, assez fréquente dans le cas de tableaux aussi graves, risquant de se répéter.

❐ Syndrome confusionnel

Lorsque survient un épisode confusionnel, un état détérioratif sous-jacent, on ne peut l'apprécier pendant la phase aiguë. De plus, un état confusionnel

peut être déclenché par les traitements médicamenteux, en particulier les psychotropes. Enfin, il est possible qu'une poussée confusionnelle corresponde en fait à un équivalent dépressif. Un test thérapeutique peut être fourni par des séances d'électro-convulso-thérapie. Là encore, il est très important d'observer soigneusement les conséquences sur la sémiologie cognitive, à l'issue du traitement de l'épisode confusionnel.

Il y a intérêt à débuter un traitement antidépresseur par une molécule non confusiogène. C'est souvent dans ce cas que la sismothérapie garde tous ses avantages d'efficacité et de rapidité. On peut avoir la surprise heureuse de voir disparaître les éléments détérioratifs dévoilant ainsi leur signification dépressive. La caractérisitique de cette pseudo-démence est donc la bonne récupération sous traitement, bien qu'à l'issue de l'épisode les tests cognitifs puissent confirmer un certain déficit, démontrant que la confusion est survenue sur un état de fragilité cognitive préalable.

Attitude thérapeutique : la sismothérapie – ECT – électronarcose

Dans tous ces cas graves de mélancolie ou de variante sémiologique d'un tel épisode, on préfère l'hospitalisation en milieu psychiatrique et, parfois, l'indication de l'administration de ces médicaments par voie intraveineuse, si les formes orales sont mal acceptées ou paraissent inefficaces.

En tout cas, s'il ne se produit pas une réaction suffisante d'amélioration, il faut penser à la sismothérapie, dont les premières réalisations datent de 1938 (Cerletti). Cette thérapeutique avait d'abord été orientée vers les psychoses, mais elle a trouvé sa pleine efficacité dans les syndromes dépressifs graves. Son efficacité n'a jamais été contestée par les psychiatres à tendance biologisante; elle est évaluée depuis plus de 50 ans comme efficace dans 80 % des cas traités. Dénommée de façon courante « choc ou électrochoc » et officiellement « électroconvulsivothérapie » (ECT), elle a souvent été présentée au public de façon dramatique et même effrayante.

A l'occasion du développement du mouvement antipsychiatrique, la technique avait été abandonnée par une majorité de psychiatres :

– soit pour son caractère trop médical, par rapport aux autres techniques thérapeutiques;

– soit pour son caractère apparemment violent, qui pouvait apparaître comme agressif et dangereux;

– soit enfin en raison de la place prise par les thérapeutiques antidépressives chimiothérapiques efficaces.

Les électrochocs sont souvent abandonnés dans les CHS par principe et sans doute aussi parce qu'une séance nécessite des moyens techniques : une anesthésie brève mais avec curarisation et donc toutes les précautions qui en découlent (instruction de la Direction de la Santé du 9.04.1996 à propos du décret du 5.12.1994 relatif à la pratique de l'anesthésie dans la sismothérapie). L'ECT est une technique utile chez le sujet âgé par suite de son

efficacité qu'il faut comparer au caractère limité de ses effets secondaires. Les seules contre-indications viennent en fait du danger que pourrait représenter l'état général somatique et des craintes liées à la nécessité de réaliser des anesthésies chez des patients malades par ailleurs (infarctus du myocarde, anévrisme de l'aorte, hypertension intracrânienne).

L'indication se pose habituellement en second recours :

– lorsque la dépression est majeure et qu'elle apparaît résistante aux antidépresseurs efficaces appliqués à bonne dose;

– lorsque le traitement psychotrope a déclenché des effets secondaires néfastes particulièrement importants chez le sujet âgé; il doit donc être abandonné.

En premier recours, il est théoriquement possible de prévoir d'emblée des électrochocs en cas de :

– syndrome mélancolique avec retentissement physique grave (amaigrissement, catatonie);

– syndrome maniaque accentué, difficile à maîtriser et dangereux pour la santé du patient ou de son entourage;

– syndrome dépressif majeur, après des accidents vasculaires cérébraux ou bien au cours d'une maladie de Parkinson.

En fait, les conditions pratiques rendent rarement possible cette indication de première intention, et l'électrochoc est le plus souvent utilisé dans des formes posant un problème lié à leur mode évolutif :

– dépression résistante à deux antidépresseurs employés à la bonne dose et ayant chacun un mode d'action distinct;

– dépression chronique ne s'améliorant que très partiellement avec le temps et sous chimiothérapie;

– formes supposées pseudo-démentielles ou dépression surajoutée au syndrome détérioratif.

❐ Déroulement du traitement

En fonction de l'état du patient, même s'il ne paraît pas comprendre clairement de quoi on parle en matière de traitement, il faut impérativement l'avertir et tenter d'obtenir son consentement, en insistant sur les avantages de la méthode et son caractère très sûr. L'anesthésie peut être proposée comme relevant de l'hypnose ou d'une relaxation, ou tout simplement comme permettant le sommeil. Il faut tenir compte d'un refus de type mélancolique (c'est-à-dire refus dans le but de mourir : « Laissez-moi, je ne mérite pas que vous vous occupiez de moi ») et ne pas oublier qu'en cas de refus de toute autre mesure thérapeutique, y compris l'hospitalisation, on peut utiliser l'hospitalisation psychiatrique à la demande d'un tiers (HDT). De même, il faut informer la famille, le conjoint, ou les enfants, tout en se méfiant des discussions trop larges qui glissent rapidement vers l'indécision. Il ne faut pas négliger les nombreux cas où le patient lui-même est favorable et demande l'électronarcose : cela ne témoigne pas d'un masochisme exa-

cerbé. Le patient doit être accompagné d'un soignant qui le connaît et l'assiste jusqu'en salle d'intervention. Il ne faut pas exhiber le matériel, en particulier les électrodes.
En cas de troubles cognitifs préexistants, il faut préférer une électronarcose unilatérale cérébrale droite. On recherche une crise convulsive atténuée, d'une durée moyenne de trente secondes.
Le réveil du patient est toujours assisté, ne serait-ce que pour parer aux agitations et confusions post-traitement. On effectue 2 à 3 séances par semaine, le traitement psychotrope est le plus souvent suspendu pendant cette période. Une série de 6 à 8 électronarcoses est nécessaire pour obtenir un résultat net. L'observation du patient entre les séances doit être très bien menée pour noter les changements thymiques et comportementaux en général. On sait par exemple qu'un virage maniaque est possible.
Des effets secondaires à type de courbatures musculaires sont parfois signalés, mais les symptômes les plus habituels sont ceux des troubles cognitifs portant essentiellement sur la mémoire et la concentration. Ces effets s'atténuent en quelques semaines. Cependant, ils peuvent persister et le patient peut avoir la sensation que les troubles se sont aggravés. C'est pourquoi, on pratique assez systématiquement chez le sujet âgé l'électronarcose unilatérale, avec les nouveaux appareils à courant électrique dits à ondes brèves pulsées, qui se sont développés aux USA après les années 1980 et permettent des traitements mieux supportés.
Il faut savoir reconnaître aussi les cas d'inefficacité ou d'efficacité très partielle.
Enfin, on signalera que l'ECT, ne serait-ce que par son efficacité, a été accusée de favoriser les rechutes, en particulier chez les patients cyclothymiques. Mais ce n'est, dans le fond, que la mise en évidence d'une tendance naturelle.

❒ Conclusion

La sismothérapie ou ECT est une technique à laquelle il ne faut pas redouter d'avoir recours. Cette thérapeuthique est conseillée, plutôt que de baisser les bras devant un état dépressif traînant, inguérissable, qu'il ne faut pas se contenter de qualifier de « chronique ».

Les formes évolutives des troubles dépressifs

Les troubles bipolaires : alias maladie maniacodépressive

Les troubles bipolaires, c'est un fait, sont insuffisamment repérés chez les sujets âgés alors qu'ils seraient d'une fréquence de l'ordre de 1/5 des syndromes dépressifs. Les antécédents dépressifs sont parfois difficilement retrouvés à l'interrogatoire, et, malgré leur intensité, ils n'ont pas toujours entraîné une hospitalisation. Le sujet reste souvent très flou sur un éventuel traitement, sauf s'il a déjà été mis au Lithium. Parfois, au début de sa vie

adolescente ou adulte, il s'est agi d'une dépression unipolaire avec des idées délirantes d'indignité, puis des intervalles d'hyperthymie ou même des épisodes maniaques se manifestant avant la cinquantaine. En dehors de ces formes qui se poursuivent très souvent jusqu'à un âge tardif, il en existe un bon nombre qui ne se révèlent qu'après la cinquantaine ou la soixantaine, souvent intitulées « dépressions liées à la retraite ».

Il est très difficile d'identifier un surgissement dit « endogène » de ces épisodes. Il n'est pas du tout obligatoire, mais très caractéristique lorsque cela survient, sans cause déterminante identifiée. D'un autre côté, l'existence d'une cause déclenchante est tout à fait compatible avec l'un ou l'autre des épisodes d'un trouble bipolaire.

Enfin, un épisode maniaque ou des phases hypomaniaques sont très difficiles à repérer, le patient pouvant très souvent les intituler « dépressives ». C'est pourquoi, des questionnaires d'auto-évaluation peuvent être d'une grande utilité. Enfin, il est très possible, mais trompeur, que le premier épisode maniaque survienne après 60 ans. On doit particulièrement être attentif à la possibilité d'un virage de l'humeur pharmaco-dépendante de l'influence des antidépresseurs.

Cela étant, le dépistage, même à un âge tardif, d'un trouble bipolaire n'est pas sans conséquence thérapeutique. Le sujet a pu prendre dans sa jeunesse du lithium, qu'il a abandonné par la suite pour des raisons variées (intolérance, absence de prescription, sensation d'être guéri, arrêt pour voir, etc.). Il est maintenant bien connu que le trouble bipolaire peut débuter par la survenue d'accès dépressifs successifs, sous forme d'un trouble unipolaire. Ce n'est qu'ultérieurement que la survenue d'un accès maniaque vient révéler, parfois très tardivement, après la quarantaine ou la cinquantaine, la nature en fait bipolaire du trouble. Il est également important de savoir que des épisodes dépressifs mélancoliques, avec thèmes délirants congruents ou non à l'humeur, sont fréquemment annonciateurs d'une pathologie en fait bipolaire. Chez l'âgé, ces accès délirants doivent être distingués d'une psychose délirante chronique.

Cette pathologie était fréquemment qualifiée, il n'y a guère longtemps, de trouble endogène, voulant signifier par là que l'origine du trouble semblait devoir être recherchée dans la perturbation d'une horloge thymique intérieure. Si on a pu montrer le rôle éventuel des événements de vie même dans cette forme, il ne faut pas négliger la nature essentielle de la perturbation thymique, sachant que la cyclicité des accès et la brutalité des virages de l'humeur demeurent un très bon signe de trouble bipolaire, même si, chez l'âgé, on dispose d'une étiologie psychologique ou d'une perturbation somatique venant donner le change, sous la forme d'une explication toute trouvée. A l'inverse, il existe des traitements thymorégulateurs qui ont un rôle régulateur très précieux et qu'il faut parfois prescrire de façon isolée, en se passant des antidépresseurs, facteurs d'inversion de l'humeur, et donc d'accélération des cycles dysthymiques.

❐ Régulateurs de l'humeur ou normothymiques

Les principaux régulateurs de l'humeur ou normothymiques sont présentés dans le tableau 9-9.

Tableau 9-9. – Principaux régulateurs de l'humeur

Lithium*

Neurolithium	Gluconate de Li soluté 2 g/10 ml	Le traitement est repris chez l'âgé surtout lorsqu'il a été déjà employé avec succès et qu'il n'existe pas de contre-indication avec l'âge.
Teralithe	Carbonate de Li Cp 250 Cp Lp 400	2 à 3 prises par jour lors du repas Dosage test sang à jeun le matin dose initiale réduite.

*Les contre-indications comportent l'I. Rénale et un traitement diurétique. Tout tremblement neurogène. La lithémie doit être suivie : 0,5 meq < Li < 1,2 meq. L'apparition d'un tremblement est un signe précoce d'hyperlithémie. A vérifier par dosages sanguins.
Risque d'aggravation d'une hypothyroïdie latente : faire bilan. Risque d'abaissement du seuil épileptogène. Vérifier l'absence d'antécédents comitiaux (EEG).

Anti-épileptiques dérivés de l'acide valproïque*

Dépakote *	Acide valproïque Cp 250 & 500 mg	Chez le sujet âgé dose initiale réduite pour atteindre 500 mg en deux prises. Traitement des épisodes maniaques et des troubles bipolaires souvent en association.
*Dépamide***	Valpromide Cp 300 mg	Dose moyenne chez le sujet âgé 900 mg

*Effet sédatif recherché mais augmenté en cas d'association avec une autre molécule. Donner la plus forte dose le soir. Grande variabilité de la réactivité individuelle, avec risque de gros troubles de la vigilance. D'où surveillance clinique attentive.
**Contrôle biologique des fonctions hépatiques avant le début du traitement. Risque d'augmentation des transaminases. Plus rarement, modification des facteurs de la coagulation. Exceptionnellement, pancréatites (attention aux manifestations abdominales douloureuses et nausées).

Anti-épileptique carbamazépine*

Tégrétol	Carbamazépine Cp 200 mg Cp LP 400 mg Soluté 100 mg/5 ml	Traitement de l'accès maniaque et de l'agitation chez le sujet âgé 600 à 800 mg. Prévention des rechutes.

*Risque de sédation trop accentuée, fatigue, vertiges, somnolence. Symptômes intestinaux, nausées, diarrhées puis constipation. Chez la personne âgée, éventuelles confusions. Réaction cutanée allergique. Photosensibilisation et chute des cheveux. Risque hématologique : leucopénie, thrombopénie, hyper éosinophilie. Réaction hépatique avec élévation des transaminases. Sur le plan cardio-vasculaire, risque de bradycardie, arythmie et hyponatrémie

Les dépressions monopolaires récidivantes et les dépressions réactionnelles selon les facteurs étiologiques

Malgré la volonté qui vise à séparer la description des formes cliniques de la dépression et les facteurs étiologiques, choix que l'on retrouve clairement dans la classification du DSM, on se retrouve très souvent, et particulièrement chez le sujet âgé, dans une situation clinique où le patient lui-même, parfois son entourage, relie presque toujours son état actuel aux événements récents ou plus anciens qu'il a subis douloureusement.

Le fait d'établir une relation étiologique entre ces événements et le syndrome dépressif lui-même est une question en fait fort délicate.

❒ La mélancolie de deuil (ou deuil pathologique)

Le décès des parents, des proches, des relations est un des événements les plus courants au cours de la vieillesse, au point qu'on pourrait schématiser en disant : vivre vieux, c'est perdre les siens, non pas de façon unique et extraordinaire (ce qui est plutôt le cas du jeune), mais selon un mode terriblement répétitif.

C'est bien ce que Pascal explique dans ses *Pensées* : « Ceux qui restent voient leur propre condition (mortelle) dans celle de leurs semblables, et, se regardant les uns les autres avec douleur et sans espérance, attendent à leur tour ».

• La perte de l'objet

L'objet désigne ici l'objet chéri, bien qu'il ne soit pas si facile de dire d'avance la place affective réelle que joue telle ou telle personne, épouse, époux, enfant, ami, amant, simple relation ou personnage important. Il y a choc et douleur chaque fois qu'il y a perte affective, mais il y a souffrance lorsque le manque qui en résulte paraît inacceptable. Le travail du deuil est cet effort psychologique qui va permettre d'accepter, au bout d'un temps plus ou moins long, ce manque et permettre de vivre en éprouvant à nouveau goût et plaisir. C'est « faire son deuil » : est-ce possible dans la mesure où chaque fêlure, chaque blessure, chaque perte fait vieillir l'âgé un peu plus, l'éloignant irrésistiblement du passé perdu et le laissant globalement inconsolable avec sa nostalgie ?

• Les rituels du deuil : les funérailles

Vécues de façon intense dans les sociétés traditionnelles, les funérailles sont considérées comme une véritable sociothérapie, avec prise en charge du groupe et même renversement émotionnel dans la fête et le banquet. Elles ont été très fortement simplifiées dans nos sociétés occidentales, et, de ce fait, l'endeuillé reste très souvent seul face à son chagrin. L'expression des

émotions est plutôt refrénée, ce qui est parfois considéré comme la source d'un refoulement pathogène.

• Les conséquences du deuil chez le sujet âgé

Le deuil n'est pas la maladie mélancolique. De même, la tristesse secondaire à la perte d'objet n'est pas la maladie dépressive. Le fait paraît important à rappeler chez la personne âgée, pour laquelle on voit trop souvent appeler « dépression » ce qui n'est que la conséquence du deuil. Encore heureux que notre compassion ne vienne pas construire de A à Z cette dépression de convenance. La peine de l'endeuillé, du témoignage même de ceux qui ont eu à subir deuil et dépression, est d'ailleurs nettement distincte de celle de la dépression. L'expérience du décès de l'autre, c'est d'abord la confrontation plus ou moins directe au phénomène de la mort, qui réveille immédiatement la propre angoisse de mort de chacun et laisse se développer toutes les conséquences de la perte affective du disparu. Ces deux éléments sont variablement intenses et se combinent diversement selon les cas.

Mais l'expérience de la mort de l'autre, c'est encore bien plus. Ce sont par exemple les modifications socio-économiques qui peuvent totalement modifier la vie du survivant :

– les formalités à accomplir;

– le nouveau statut de veuf (ou veuve) qui n'est pas sans conséquence sur le lieu d'habitation et sur les revenus;

– la capacité à affronter la solitude (on en connaît les conséquences redoutables en particulier chez l'homme).

Les modifications psychologiques de l'endeuillé sont très diverses :

– soit que la mort lui apparaisse comme brutale et inattendue. Il ne s'y sentait pas préparé, le retentissement est de l'ordre du choc traumatique, du vide;

– soit que la mort soit survenue à l'issue d'une longue maladie, avec son cortège d'espoir et de déceptions, de fatigue physique et de lassitude psychologique. Le décès peut sembler une délivrance culpabilisante;

– on peut en rapprocher les cas où le décès survient au sein d'une relation difficile ou franchement conflictuelle, où la mort peut être vécue dans une apparente indifférence, ce qui n'empêchera pas un retentissement plus tardif.

Parfois, c'est tout le statut familial vis-à-vis des enfants qui est à reconsidérer, la réactivation de certains conflits, la reprise de certaines culpabilités. De façon différente, la mort des amis, de l'entourage, l'incapacité de se créer de nouveaux liens vont amplifier un stress aux conséquences importantes.

• Deuil compliqué et dépression

Si la réaction émotionnelle liée à un deuil ou à des deuils répétés ne doit pas être confondue avec un état dépressif, il ne faut pas oublier qu'un véritable état dépressif peut se déclencher, parfois après un temps de latence assez prolongé, alors même que la douleur, liée à la perte, aurait dû s'atténuer. Il faudra donc rester très attentif dans cette phase où le soutien initial psychologique est particulièrement précieux. On en profitera pour dépister la survenue des symptômes caractéristiques dans le but de donner au patient un traitement spécifique.

Mais l'éventualité d'une évolution dépressive n'est pas la seule possible. On peut voir :

– un état d'anxiété avec des crises paniques, des phobies sociales;
– une décompensation confusionnelle, avec parfois la révélation d'un état démentiel latent;
– un état psychique paradoxal sous forme d'une poussée hypomaniaque, avec hyperactivité et insomnie;
– l'apparition ou la décompensation d'une maladie somatique (diabète, HTA, cancer profond).

Il apparaît donc clairement que la réaction de deuil n'implique ni un syndrome dépressif ni une mélancolie au sens actuel de ce terme. Pourtant, chez le sujet âgé, les deuils, et peut-être surtout leur répétition, constituent un facteur important de stress pour le survivant. C'est particulièrement vrai chez l'homme âgé, où l'on a peut-être trop tendance à évoquer systématiquement la notion de dépression, alors qu'il peut s'agir de la mise en évidence d'un trouble cognitif latent et de la perte d'autonomie, jusqu'alors masquée par une relation de couple où le conjoint jouait le rôle permanent de soutien et de compensation.

Dans tous ces cas, l'adaptation d'une thérapeutique précise est essentielle.

❐ La méthode des événements de vie

Elle vise à rationaliser et à quantifier les événements traumatisants. Leur poids est évalué moins par leur signification profonde pour le sujet lui-même que par l'intensité du changement produit et par l'importance de l'effort d'ajustement personnel que nécessite le fait d'y faire face. On a observé que le score événementiel, qui croît habituellement avec l'âge, augmente beaucoup plus chez les sujets qui sont ou seront dépressifs que chez les témoins.

Un terrain à haut risque semble se dessiner au fur et à mesure du vieillissement, terrain susceptible de se décompenser par la survenue d'un ou plusieurs événements pénibles. On retrouve parmi les facteurs fréquemment invoqués :

– des difficultés relationnelles et affectives au sein de la famille, y compris, éventuellement, le conjoint;

– le deuil d'un proche ;
– une maladie, une intervention chirurgicale ou l'installation d'un handicap ;
– la mise à la retraite et/ou l'inactivité, pouvant aboutir à l'apragmatisme anhédonique ;
– la solitude et l'isolement affectif.

Dans de nombreux cas, un tel événement peut être directement à l'origine d'une tentative de suicide, dont on sait la gravité chez la personne âgée. Un événement précipitant peut agir à distance après une période de latence de quelques semaines ou mois.

❒ Les psychotraumatismes de la vie quotidienne

Il apparaît important de distinguer, au sein des événements susceptibles d'entraîner un retentissement défavorable sur la personne âgée, certains événements qui ont pris pour elle une acuité particulière et que l'on nomme un psychotraumatisme.

Nous pensons à des faits tels qu'un vol par effraction, avec ou sans agression humaine, une simple chute mais avec impossibilité de se relever, une dispute grave, une séparation éprouvante, parfois un simple déménagement. Dans ces cas, la gravité du psychotraumatisme se caractérise par un état immédiat de sidération, de mutisme, de confusion mentale ou, au contraire, de crise de nerf avec malaise et dyspnée. Un tel syndrome psychotraumatique provoque alors obnubilation, répétitivité du psychotraumatisme, qui sont revécus par des cauchemars et des réveils brusques. Secondairement, peut s'installer, après une certaine phase de latence, un véritable syndrome dépressif qui doit être traité comme tel.

❒ Dépression et maladie somatique

Constater l'existence d'une co-morbidité entre une maladie somatique et syndrome dépressif laisse entier le problème de causalité. Il existe de multiples possibilités qui vont du retentissement propre de la maladie (fatigue, manque d'énergie et de goût, découragement devant les souffrances et les handicaps nouvellement ressentis) au déclenchement d'un épisode dépressif sans relation évidente avec l'affection somatique.

Mais il existe des affections où l'on a cru reconnaître un risque morbide très au-dessus du risque spontané lié à l'âge et au sexe. La dépression, dans les suites d'un accident vasculaire cérébral, paraît toucher au moins _ des patients atteints, et plus souvent en cas de lésion de l'hémisphère gauche antérieur.

Il ne faut pas confondre syndrome dépressif et réaction de catastrophe dans les suites immédiates de l'hémiplégie et de la constatation par le sujet lui-même de son déficit et de son impuissance à celui-ci. On parle plutôt de dépression précoce entre 6 mois et un an après l'accident et dépression retardée dans l'année qui suit. On peut ainsi comparer ces formes à celles

qui suivent un infarctus du myocarde. Le pronostic général est nettement aggravé si on néglige le traitement du syndrome dépressif.

A noter un cas beaucoup moins fréquent mais intéressant, tel que le CADASIL (*Cerebral Autosomal dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leuco-encephalopathy*). La maladie peut débuter entre la cinquantaine et la soixantaine. Elle est caractérisée par des accidents ischémiques cérébraux, des crises migraineuses, avec aura, et des troubles de l'humeur de type bipolaire. L'évolution ultérieure pourra se faire vers une démence.

Pour en rester aux affections cérébrales, nous signalerons la haute fréquente des syndromes dépressifs au cours de la maladie de Parkinson, surtout dans les phases initiales de la maladie, puis, lorsque le déficit s'aggrave, en particulier par l'hypertonie et le retentissement moteur.

Enfin, nous avons déjà, à plusieurs reprises, signaler les liens entre démence et dépression, soit à titre d'évolution d'un syndrome maniacodépressif, soit par suite de l'évolution d'accès dépressifs monopolaires récidivants.

Un épisode dépressif peut se produire au début d'un processus cognitif détérioratif, qu'il masque ou qu'il prenne la forme d'un accès confusionnel.

ÉVOLUTION ET PRISE EN CHARGE DES DÉMENCES

Comme nous l'avons vu à propos du diagnostic, il n'est pas possible d'affirmer avec une complète certitude l'étiologie d'un tableau clinique démentiel avant une longue période d'évolution. Mais il est important d'affirmer rapidement :

– l'existence d'une détérioration intellectuelle non réversible d'origine organique ;

– l'absence de cause curable à l'origine du processus ; même si une tentative thérapeutique a pu être faite (par exemple dans l'hydrocéphalie à pression normale), il persiste un processus détérioratif évolutif.

Dans tous les cas, le caractère irréversible du processus n'indique pas l'heure du renoncement ; pendant des années encore, le dément est un malade qui va avoir besoin d'aide et de soins. C'est cette phase, parfois encore un peu négligée, que nous voudrions développer.

La phase de déficit cognitif très léger ou léger

Le sujet peut se plaindre de troubles de la mémoire ou bien son entourage signale un oubli des noms propres antérieurement bien connus, ou des pertes d'objets qu'il a lui-même rangés ; cependant, le retentissement socio-professionnel est quasiment inexistant, le sujet fonctionne grâce à son expérience.

Sur ces bases déficitaires discrètes peuvent survenir quelques erreurs plus inquiétantes : oubli de choses importantes, épisode surprenant de désorientation temporo-spatiale, épisode confusionnel de courte durée.

Au cours de ces phases, il est très possible que le sujet ne consulte pas, il a tendance à nier ses troubles ou à conserver pour lui ses inquiétudes. L'entourage, habituellement, banalise les éléments inquiétants. Le médecin généraliste est l'interlocuteur auquel il peut le plus facilement s'ouvrir de tels ennuis, même s'il ne possède pas la solution de ces problèmes.

Pourtant, il commence à apparaître un intérêt et une crainte envers la maladie d'Alzheimer (tout particulièrement s'il y a un exemple dans la famille ou dans l'entourage), et des organismes spécialisés sont consultés pour rassurer les clients demandeurs, intéressés ou inquiets. La justification de tels organismes est effectivement de rassurer les patients, de dépister les atteintes organiques débutantes et parfois de proposer des exercices dits de gymnastique cérébrale ou mnésique qui auraient une valeur préventive.

En fait, les solutions proposées ne sont pas évidentes.

Certes, il peut être intéressant de distinguer, devant un patient qui se plaint de sa mémoire, l'oubli bénin lié à l'âge d'un déficit cognitif confirmé. Mais cela n'est pas facile et les déductions qu'il faut en tirer ne sont pas indiscutables.

Proposer un traitement est souvent illusoire si l'on met à part la thérapeutique antidépressive d'un pseudo-détérioré ayant une opinion défavorable et inquiète de son propre fonctionnement cérébral. Pour quelques cas où le traitement fait effectivement sortir le patient de son marasme, il en est bien d'autres où l'on assiste aux modifications des plaintes ; ce sont les médicaments qui sont accusés de la sensation de flou intellectuel, du manque d'initiative, des troubles mnésiques eux-mêmes.

Parmi les ***mesures préventives*** qui paraissent utiles, il y a certainement la régulation de la tension artérielle, donc la lutte précoce contre l'hypertension artérielle et en particulier l'intérêt de mettre le cerveau à l'abri des poussées. Cela étant, on sait que le diagnostic de démence artériopathique est particulièrement délicat à sa phase initiale.

Les traitements protecteurs vasculaires sont d'une efficacité discutée, mais il semble difficile de les exclure, surtout s'il existe un facteur de risque cardiovasculaire et que l'on vante l'effet préventif du traitement de l'HTA.

Vasodilatateurs purs : cinnarizine, cyclandélate *(Cyclospasmol*), isoxsuprine, papavérine.

Vasodilatateurs avec action métabolique associée : Dihydroergotoxine *(Hydergine)*, Extrait de Ginkgo biloba *(Tanakan)*, naftidrofuryl, nicergoline, vincamine.

On peut conseiller de ne pas donner ces substances simultanément pour des périodes trop brèves ou pour un temps indéfini. Des prescriptions pendant 3 à 6 mois semblent correctes, suivies d'une appréciation de l'effet obtenu.

Les traitements nootropes ou stimulants intellectuels. Même lorsque le patient tend à minimiser ses troubles, il est souvent à la recherche fébrile d'un stimulant, d'un médicament de la mémoire ou de l'attention.
Les médicaments antidépresseurs ne sont utiles que s'il existe un syndrome dépressif à l'origine de la sensation de déficit cognitif ; à l'inverse, il semble bien que la prescription d'antidépresseurs, en particulier de la série des tricycliques, risque plus souvent de déclencher une bouffée confusionnelle en cas de déficit cognitif latent. Ils sont inefficaces sur l'apathie frontale.
On peut recourir à divers médicaments dont l'action n'a pas été prouvée dans l'attente de la confirmation d'un déficit cognitif organique :
– le piracétam *(Nootropyl, Gabacet)* ;
– le méclofenoxate *(Lucidril)* ;
– les amphétamines sont déconseillées en particulier pour une action à long terme ;
– les dopaminergiques comme la bromocriptine *(Parlodel)*, le piribédil *(Trivastal)* et l'amantadine *(Mantadix)*, n'entraînent qu'une action très partielle au prix d'un risque de confusion.
Là encore, le traitement n'est acceptable que s'il n'occasionne pas d'effet défavorable latéral, mais il faut bien admettre que la prescription est un appoint précieux à une action permettant au patient de lutter contre la menace de dégradation qu'il ressent. C'est à ce prix qu'il pourra poursuivre une activité de façon prolongée.

Les médicaments à action cholinergique cérébrale

Ils reposent sur ce que l'on a appelé la théorie cholinergique de la maladie d'Alzheimer.

❒ Théorie cholinergique de la maladie d'Alzheimer

Il est établi que le système cholinergique est atteint dans la maladie d'Alzheimer; même s'il n'est pas le seul, il pourrait être directement en cause dans la détérioration des processus cognitifs.
Depuis la mise sur le marché en 1994 de la tacrine, suivie par le Donepezil et la Rivastigmine, la propriété pharmacologique utilisée par ces produits est l'inhibition de l'acétylcholinestérase (AChE) pour préserver les stocks disponibles d'acetylcholine; ce neuromédiateur étant produit en moindre quantité par suite de la destruction des neurones cholinergiques particulièrement au niveau de l'hippocampe et du cortex frontal.
Les produits ayant une action cholinergique cérébrale peuvent entraîner une amélioration par une meilleure préservation du stock disponible du neuromédiateur, freinant la progression du déficit tant que le produit est fourni.
Mais les inhibiteurs de l'AChE ne peuvent entraîner d'effet sur les pertes fonctionnelles neuronales qui semblent bien témoigner de la progression générale de la maladie.

L'inhibition de l'AChE peut être mesurée chez l'homme sur les globules rouges, car on a pu montrer que cette variable était corrélée aux effets cognitifs appréciés sur les diverses échelles sensibles aux paramètres choisis.

❐ Indication thérapeutique

L'indication actuellement admise est celle d'une démence de type Alzheimer à un stade léger ou modérément sévère. L'action sur d'autres formes de démences n'a jamais été prouvée.

C'est au stade de début que le diagnostic est le plus incertain, et que prescrire ces médicaments revient, aux yeux du patient et de l'entourage, à affirmer le diagnostic d'Alzheimer. C'est pourquoi est lancée simultanément une campagne de dépistage et de vulgarisation dite abusivement politique de prévention ! Alors même que l'action du produit sur le déclin mnésique bénin lié à l'âge n'a pu être étudiée ni encore prouvée.

À l'inverse, lorsque le degré de détérioration paraît avancé aux yeux du thérapeute, c'est le stade où la demande, en particulier en provenance de l'entourage, est la plus insistante.

❐ Administration des médicaments à action anticholinestérasique

• *Aricept* (Donepezil)

Propriétés pharmacologiques

Le donepezil est un inhibiteur spécifique et réversible de l'acétylcholinestérase (AChE), cholinestérase prédominante dans le cerveau.

Chez les patients présentant une maladie d'Alzheimer qui ont été inclus dans les études cliniques, l'administration d'une dose quotidienne (5 ou 10 mg de donepezil) produit une inhibition de l'activité de l'AChE (mesuré sur les globules rouges).

Effets cliniques

Nous reproduisons ici partiellement le compte-rendu fourni par les laboratoires Pfizer et Eisai des études menées pour démontrer l'action clinique de leur médicament.

Une analyse a été conduite au terme de 6 mois de traitement de donepezil sur une combinaison de trois critères d'efficacité : ADAS-Cog (échelle de mesure de la performance cognitive), l'impression clinique globale de changement évalué par un clinicien et l'entourage (CIBIC – échelle de mesure de la fonction globale) et sous sous-échelle des activités de vie quotidienne de la CDR (échelle de mesure des activités du patient liées à la vie en société, aux activités domestiques, à ses passe-temps et son hygiène personnelle).

Ont été considérés comme répondeurs au traitement les patients qui ont satisfait aux critères suivants :

– amélioration d'au moins 4 points sur l'échelle ADAS-Cog ;
– pas de détérioration sur l'échelle CIBIC ;
– pas de détérioration sur la sous-échelle d'activités de la vie quotidienne de la CDR.

Le donepezil conduit à une augmentation dose-dépendante et statistiquement significative du pourcentage des patients considérés comme répondeurs au traitement.

Le donepezil est indiqué dans le traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer dans ses formes légères à modérément sévères.

Le traitement doit être initié et supervisé par un médecin ayant l'expérience du diagnostic et du traitement des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Le traitement par le donepezil ne doit être entrepris qu'en présence d'un proche pouvant s'assurer régulièrement de la prise du médicament par le patient. Le traitement d'entretien peut être poursuivi tant que le bénéfice existe pour le patient. En conséquence le bénéfice clinique doit être réévalué de façon régulière.

L'arrêt du traitement doit être envisagé lorsque l'effet thérapeutique disparaît. La réponse individuelle au traitement n'est pas prévisible. L'utilisation de donepezil chez des patients au stade sévère de la maladie ou souffrant d'autres types de démence n'a pas été étudiée.

Mode d'administration

Le médicament se présente sous forme de comprimé pelliculé de 5 et 10 mg (28 comprimés par boîte).

Il est conseillé d'instaurer le traitement à la dose de 5 mg par jour (en prise unique). Le donepezil doit être administré par voie orale, le soir, avant le coucher. La posologie de 5 mg/jour, sera maintenue pendant au moins 1 mois, durée nécessaire à l'évaluation des premières réponses cliniques au traitement et à l'atteinte de l'état d'équilibre des concentrations plasmatiques. En fonction des résultats cliniques observés après 1 mois de traitement à la dose de 5 mg/jour, la dose de donepezil pourra être augmentée à 10 mg/jour (en une prise par jour).

La posologie quotidienne maximale recommandée est de 10 mg. Les posologies supérieures ne seraient pas utiles. Une durée de traitement dépassant 6 mois n'a pas été étudiée contre placebo, et pas plus que les durées de traitement dépassant 6 mois.

À l'arrêt du traitement, il a été observé une réduction progressive des effets bénéfiques produits par le donepezil, mais sans effet rebond.

Effets indésirables

Les effets indésirables les plus souvent observés (incidence ≥ 5 % et deux fois supérieure au groupe placebo) ont été : diarrhées, crampes musculaires, fatigue, nausées, vomissements et insomnie. Les autres effets indésirables

rapportés (incidence ≥ 5 % et supérieure au groupe placebo) ont été : céphalées, douleur, accidents, rhume, troubles abdominaux et vertiges.

Des syncopes, bradycardies, de rares cas de bloc sino-auriculaire, des blocs auriculo-ventriculaires et des convulsions ont été rapportés.

Il a été rapporté de rares cas de dysfonctionnement hépatique incluant des hépatites. En cas d'hépatite d'étiologie inconnue l'arrêt d'Aricept doit être envisagé.

Des cas de troubles psychiatriques ont été observés, avec hallucinations, agitation et comportements agressifs qui ont régressé lors de la réduction de la dose ou à l'arrêt du traitement.

Le surdosage par les inhibiteurs de la cholisnestérase peut donner lieu à des crises cholinergiques caractérisées par des nausées sévères, des vomissements, une salivation, une transpiration, une bradycardie, une hypotension, une dépression respiratoire, un collapsus et des convulsions. Une faiblesse musculaire croissante est possible qui peut conduire au décès si les muscles respiratoires sont atteints.

Précautions d'emploi en cas de situation pathologique associée

Anesthésie. — Le donepezil, comme tout inhibiteur de la cholinestérase, peut majorer la relaxation musculaire induite par les traitements du type succinylcholine lors d'anesthésies.

Troubles cardio-vasculaires. — En raison de leur activité pharmacologique, les inhibiteurs de la cholinestérase peuvent avoir des effets vagotoniques sur le rythme cardiaque (par exemple, bradycardie). Leur incidence peut être particulièrement élevée chez les patients présentant une maladie du sinus ou d'autres anomalies de la conduction supra-ventriculaire telles que un bloc sino-auriculaire ou auriculo-ventriculaire. Il a été rapporté des cas de syncope et de convulsions. Lors de l'examen de ces patients la possibilité de bloc cardiaque ou de pauses sinusales prolongées doit être envisagée.

Troubles gastro-instestinaux. — Les patients présentant un risque particulier d'ulcère, comme par exemple ceux ayant des antécédents de maladie ulcéreuse ou recevant un traitement concomitant par des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), doivent faire l'objet d'une surveillance symptomatique attentive. Cependant, les études cliniques conduites avec le donepezil n'ont pas montré d'augmentation de l'incidence des ulcères ou des saignements gastro-intestinaux comparativement au placebo.

Troubles génito-urinaires. — Bien que non observés lors des études conduites avec le donepezil, les cholinomimétiques peuvent induire une rétention urinaire.

Troubles neurologiques. — Convulsions : les cholinomimétiques sont décrits comme potentiellement responsables de crises convulsives généralisées. Toutefois, les convulsions peuvent aussi être une manifestation de la maladie d'Alzheimer.

Troubles broncho-pulmonaires. — Du fait de leur activité cholinomimétique, les inhibiteurs de la cholinestérase doivent être prescrits avec précaution chez les malades présentant des antécédents d'asthme ou de maladie broncho-pulmonaire obstructive. L'administration concomitante d'inhibiteurs de l'AChE et/ou d'agonistes ou d'antagonistes du système cholinergique est à éviter.

• ***Exelon*** **(Rivastigmine)**

Propriétés pharmacologiques

La rivastigmine est un inhibiteur de l'acétylcholinestérase (AChE), de type carbamate : on estime qu'elle facilite la neurotransmission cholinergique en ralentissant la dégradation de l'acétylcholine libérée par les neurones cholinergiques intacts sur le plan fonctionnel. La rivastigmine est donc susceptible d'avoir un effet favorable sur les déficits cognitifs dépendants de ces voies cholinergiques au cours de la maladie d'Alzheimer.

Études cliniques

Nous fournissons ici un extrait des résultats fournis par le laboratoire Novartis.

L'efficacité de la rivastigmine a été établie à l'aide de trois outils d'évaluation indépendants et spécifiques chacun d'un domaine particulier, qui ont été utilisés à des intervalles réguliers au cours de périodes de traitement de 6 mois. Ces outils comprennent l'ADAS-Cog (une mesure de la performance cognitive), la CIBIC-Plus (une évaluation globale du patient par le médecin incluant des données recueillies auprès de la personne aidante) et la PDS (une évaluation réalisée par la personne aidante, des activités de la vie quotidienne, incluant l'hygiène personnelle, l'autonomie, notamment pour se nourrir, s'habiller, les occupations domestiques telles que les courses, le maintien de la capacité à s'orienter dans différents environnements ainsi que l'implication dans des activités en rapport avec l'argent, etc.). Les résultats pour les patients répondeurs cliniques, obtenus en regroupant deux études réalisées à doses variables parmi les trois essais-pivots multicentriques sur 26 semaines menés chez des patients présentant une maladie d'Alzheimer légère à modérément sévère, sont rassemblés dans le tableau ci-dessous. Il est important de noter que les échelles utilisées dans cette indication varient et que les comparaisons directes de résultats entre différents agents thérapeutiques sont sans valeur.

Le traitement ne devrait être instauré et supervisé que par un médecin ayant l'expérience du diagnostic et du traitement des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, et en particulier celle de l'utilisation des échelles d'efficacité cognitive. Le traitement ne doit être entrepris que si un proche ou un soignant peut s'assurer régulièrement de la prise du médicament par le patient. L'utilisation de la rivastigmine chez des patients au stade sévère de la maladie d'Alzheimer ou souffrant d'autres types de démences ou d'autres formes de troubles de la mémoire (par exemple : déclin cognitif lié à l'âge [MCI]) n'a pas été confirmée.

Posologie et mode d'administration

La rivastigmine se présente sous forme de gélules de 1,5 mg, 3 mg, 4,5 mg, 6 mg, (en boîtes de 28 ou 56) ou sous forme de solution buvable (2 mg/ml).

Il est conseillé d'administrer le produit en deux prises quotidiennes, le matin et le soir au moment du repas. Les gélules doivent être avalées entières. La dose initiale recommandée est de 1,5 mg deux fois par jour. Si cette posologie est bien tolérée pendant au moins deux semaines de traitement, elle peut être augmentée à 3 mg deux fois par jour. Une augmentation ultérieure de la dose à 4,5 mg deux fois par jour puis à 6 mg deux fois par jour sera envisagée, sous réserve d'une tolérance satisfaisante de chaque posologie, après au moins deux semaines de traitement à chaque palier posologique.

Dose d'entretien

La dose efficace est de 4 à 6 mg deux fois par jour; afin de garantir une efficacité thérapeutique maximale, il convient de maintenir les patients à leur dose maximale tolérée. La dose maximale quotidienne recommandée est de 6 mg deux fois par jour. Le traitement d'entretien peut être poursuivi aussi longtemps qu'un bénéfice thérapeutique existe pour le patient. Par conséquent, le bénéfice clinique de la rivastigmine doit être réévalué régulièrement, spécialement chez les patients traités par des doses inférieures à 3 mg deux fois par jour. L'arrêt du traitement doit être envisagé lorsqu'il n'y a plus de bénéfice thérapeutique. La réponse individuelle à la rivastigmine ne peut être anticipée. L'effet du traitement n'a pas été étudié au-delà de 6 mois dans les études contrôlées versus placebo.

Effets indésirables

Les effets indésirables les plus fréquents (fréquence ≥ 5 % et deux fois supérieure à celle du placebo) ont été : asthénie, anorexie, étourdissements, nausées, somnolence et vomissements. Les femmes sont plus susceptibles de présenter des nausées, vomissements, perte d'appétit et perte de poids.

Les autres effets indésirables fréquemment rapportés (fréquence ≥ 5 % et supérieure ou égale à celle du placebo) ont été : douleurs abdominales, trau-

matismes accidentels, agitation, confusion, dépression, diarrhée, dyspepsie, céphalées, insomnie, infection des voies aériennes supérieures, infections urinaires. Ont été également habituellement rapportés hypersudation, malaise, perte de poids et tremblements. De rares cas d'angine de poitrine, d'hémorragies gastro-intestinales et de syncope ont été observés. Aucune anomalie significative des examens biologiques n'a été dépistée.

Attitude du clinicien face aux effets secondaires

Des troubles gastro-intestinaux tels que nausées et vomissements peuvent survenir particulièrement lors de l'instauration du traitement et/ou de l'augmentation posologique. Il faut se souvenir que les patients type Alzheimer perdent souvent du poids lors de l'évolution spontanée de la maladie, alors même que leur appétit est conservé. Ce phénomène semble parfois renforcé par les inhibiteurs de la cholinestérase, surtout si l'appétit est atteint.
Durant le traitement, le poids des patients doit être surveillé.
En cas de survenue de ces troubles en cours de traitement, on peut tenter de les maîtriser en supprimant une prise quotidienne et/ou en réduisant la posologie.

Précautions d'emploi en cas de situation pathologique associée

Comme pour les autres cholinomimétiques, la rivastigmine sera utilisée avec prudence chez les patients présentant une maladie du nœud sinusal ou des troubles de la conduction cardiaque (bloc sino-auriculaire, bloc atrio-ventriculaire). Ce produit est susceptible d'augmenter la sécrétion d'acide gastrique. Bien que son utilisation n'ait pas entraîné une incidence supérieure d'ulcères par rapport au placebo, une surveillance s'impose chez les patients présentant un ulcère gastrique ou duodénal en poussée, ou chez les patients prédisposés aux ulcères.
Les cholinomimétiques peuvent induire ou aggraver une rétention urinaire ou des convulsions. Bien que de tels phénomènes n'aient pas été observés sous rivastigmine, la prudence est recommandée lors du traitement de patients prédisposés à de telles maladies. Les inhibiteurs de la cholinestérase doivent être prescrits avec précaution en cas d'antécédents d'asthme ou de bronchopneumopathie obstructive.

• *Réminyl* (Galantamine)

La galantamine est un inhibiteur spécifique, compétitif et réversible de l'Acétylcholinestérase, destinée aux patients présentant une maladie d'Alzheimer.

Formes et présentation

Réminyl 4 mg et 8 mg, *Réminyl* 12 mg, *Réminyl* 4 mg/ml, solution buvable. Comprimé LP gélule 8, 16, 24 mg.

Posologie et mode d'administration

Adulte/sujet âgé. – La galantamine doit être administrée deux fois par jour, de préférence avec le petit déjeuner et le dîner. La posologie initiale recommandée est de 8 mg/jour (4 mg deux fois par jour) pendant 4 semaines.
Posologie d'entretien. – La posologie d'entretien initiale est de 16 mg/jour (8 mg deux fois par jour). Les patients doivent être maintenus à cette posologie pendant au moins 4 semaines. Le traitement d'entretien peut être poursuivi aussi longtemps que le bénéfice thérapeutique existe pour le patient. De ce fait, le bénéfice clinique doit être réévalué à intervalles réguliers. L'arrêt du traitement doit être envisagé lorsque l'effet thérapeutique n'est plus présent.

Précautions d'emploi

Insuffisance hépatique. – En cas d'insuffisance hépatique sévère, l'utilisation de la galantamie est contre-indiquée.
Insuffisance rénale. – Aucune adaptation posologique n'est nécessaire chez les patients présentant une clairance à la créatinine supérieure à 9 mg/min. Elle est contre-indiquée en cas d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 9 ml/mn).
Affections cardiovasculaires. – Les cholinomimétiques peuvent avoir un effet vagotonique sur le rythme cardiaque. Cet effet peut être particulièrement marqué chez les patients présentant un dysfonctionnement sinusal ou un autre trouble de la conduction cardiaque supraventriculaire ou recevant un traitement concomitant par des médicaments ralentissant significativement la fréquence cardiaque, tels la digoxine et les bétabloquants.
Troubles génito-urinaires. – L'utilisation de la galantamine n'est pas recommandée chez les patients présentant une rétention urinaire ou ayant subi récemment une intervention chirurgicale.
Inter-actions médicamenteuses. – La galantamine antagonise les effets des médicaments anticholinergiques.

Effets indésirables et précautions d'emploi

Les effets indésirables les plus fréquents ont été : nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales, dyspepsie, anorexie, fatigue, sensation de vertiges, céphalée, somnolence et perte de poids. Des syncopes et des bradycardies sévères ont été rapportées.

Pharmacodynamie

La galantamine, alcaloïde tertiaire, est un inhibiteur spécifique, compétitif et réversible de l'acétylcholinestérase. De plus, la galantamine potentialise l'action intrinsèque de l'acétylcholine sur les récepteurs nicotiniques, en se liant probablement à un site allostérique du récepteur. Par conséquent, une

augmentation de l'activité du système cholinergique, associée à une amélioration des fonctions cognitives, peut être espérée chez les patients présentant une maladie d'Alzheimer.

L'efficacité clinique de la galantamine a été démontrée pour des posologies de 16, 24 et 32 mg/jour. Les doses de 16 et 24 mg/jour ont été considérées comme présentant le meilleur rapport bénéfice/risque et ont été retenues comme les posologies d'entretien recommandées. Les patients répondeurs ne sont qu'une petite minorité. Il suffit de le savoir pour ne pas imposer à de très nombreux patients non sensibles une thérapeutique inefficace et sans fin.

Phase de déficit cognitif modéré ou de démence débutante

À ce stade, le patient commence à avoir des déficits inquiétants s'il poursuit son activité dans la vie courante. Il se désintéresse de l'actualité et peut faire des erreurs grossières. Il a du mal à se souvenir d'éléments de la vie quotidienne : adresse, numéro de téléphone, prénom des proches. Il a peur de voyager, craint de se tromper, d'être mis en difficulté. Il reste orienté dans les lieux ou les trajets qu'il connaît bien, mais il peut avoir du mal à s'adapter à une situation nouvelle ou insolite. Il peut prendre des décisions bizarres par rapport à ses biens; craignant d'être volé, il risque de prendre une mesure paradoxale. Ce serait sans doute le moment de promouvoir des mesures de protection des biens (tutelle ou curatelle), mais c'est alors qu'une telle décision est particulièrement difficile à prendre sur le plan psychologique.

C'est le moment où le sujet vivant à peu près normalement à son domicile doit être soutenu et aidé par son entourage. Lorsqu'il existe un couple, c'est bien entendu au conjoint d'assumer cette fonction, mais aussi de comprendre peu à peu à quoi il a affaire, sans pouvoir se préparer aux blessures narcissiques et affectives auxquelles il va être confronté.

Le médecin consulté doit aider lui aussi à une vie la plus normale possible, ne visant pas à tirer conséquence de la mise en évidence de chacun des déficits.

C'est à cette phase que peuvent survenir, de façon inattendue ou déclenchés par un accident intercurrent (traumatisme, fracture, infection, conflit), une bouffée confusionnelle, une agitation psychomotrice, un syndrome délirant ou même un état dépressif ou même certains épisodes : malaise avec perte de connaissance brève, crise d'épilepsie, troubles du langage. C'est parfois cette complication qui sera l'occasion du recours à un avis médical plus souvent que psychiatrique. Il est alors aussi important de soigner l'épisode aigu que de découvrir l'état détérioratif parfois encore méconnu.

Phase de démence moyenne

A ce stade, le patient est déjà un infirme qui a perdu une partie de son autonomie, par atteinte de la mémoire, de l'orientation temporo-spatiale, du langage et de l'habileté motrice. Il ne peut subvenir à ses besoins quotidiens, bien que les capacités ne soient pas toutes atteintes de façon égale : tel est incapable de s'habiller (apraxie de l'habillage), tel autre ne peut se nourrir correctement, se laver, se déplacer aisément (apraxie de la marche).

Cette période se caractérise par le *recours nécessaire à une aide*. Il faut aider le patient souvent et tous les jours. Il faut veiller bien entendu à ne pas le remplacer dans toutes les activités et à le mettre dans les conditions nécessaires pour qu'il conserve la maîtrise partielle de ses capacités restantes. Laisser accomplir, même de façon approximative, ces activités et aider dans celles qui sont défaillantes, requiert une grande maîtrise des soins aux déments.

La survenue de troubles sphinctériens est une étape grave qui rend très difficile la poursuite de soins au domicile. Même si le patient est en institution, la charge de travail est grandement différente selon qu'il existe une incontinence sphinctérienne nocturne ou permanente. Il est possible de retarder très longtemps ces troubles à condition d'une prise en charge adaptée et d'une conduite d'équipe coordonnée.

Diverses complications peuvent survenir :

– des complications médicales qui aggravent fortement l'état du sujet dont l'état psychique gêne considérablement le traitement;

– des complications psychiques, essentiellement des poussées confusionnelles régressives sous traitement adapté et en éliminant divers médicaments éventuellement confusiogènes. Les poussées d'agitation psychomotrices avec agressivité et anxiété peuvent comporter des idées délirantes, souvent peu cohérentes, et apparaître, en fonction du niveau de lucidité mentale, pour une cause psychologique ou somatique quelconque.

Dans certains cas, le sujet est la proie d'une agitation infructueuse incessante, il manipule, démonte les objets, croit poursuivre son activité professionnelle. Il tend à fuguer, à se perdre, à s'agiter la nuit et doit être surveillé nuit et jour. On assiste souvent à une inversion du rythme nycthéméral. Le contact psychologique devient difficile, la conversation pénible; le patient radote, posant toujours les mêmes questions; il ne reconnaît pas toujours son entourage, il est désorienté dans le temps et l'espace.

Dans d'autres cas, il est surtout marqué par l'apragmatisme, le refus agressif du contact, le repli douloureux sur soi. Il faut insister pour que le patient quitte son lit au matin, accepte de se laver ou de se laisser laver, de manger, de s'habiller (apraxie de l'habillage) de sortir de son domicile, en général de se faire soigner. Un tel état n'est pas assimilable à un syndrome dépressif et ne réagit pas aisément aux antidépresseurs.

C'est alors que se pose le plus souvent le problème du ***placement du patient en institution***. Lorsqu'il est âgé et isolé, il est difficilement envisageable de le maintenir dans son domicile quand on a bien pris la mesure de la perte réelle de ses capacités, par exemple à l'occasion d'une complication médicale ou psychique ou lors d'un accident de la vie courante.

Il est parfois possible que la famille prenne plus étroitement en charge son parent, mais une telle aide est plus compliquée qu'on ne le croit ; elle doit surtout s'inscrire dans la continuité. Certaines bonnes volontés finissent par se lasser, ce qui est très compréhensible, car la perspective à long terme d'une aggravation inéluctable reste très pénible à supporter. Il est nécessaire alors d'organiser des soins professionnels. Si le plus habituellement ils ne répondent pas aux buts d'un service dit d'hospitalisation à domicile, certaines équipes de psychiatrie ont mis en place une aide efficace ; mais ceci demeure l'exception. Très souvent, il faut prévoir un changement de lieu, de préférence dans un cadre institutionnel tolérant et formé aux contacts avec les déments. En ce cas, il peut être opportun de ne pas trop tarder, la mise en institution ne devant pas être faite systématiquement comme ultime recours. En effet, il ne faut pas confondre l'influence de soins négligents ou inadaptés qui peuvent contribuer à l'aggravation de l'état d'un dément et le rôle que peut jouer une institution dont les soins permettent la vie d'un handicapé mental et relèvent davantage d'un savoir-vivre quotidien tenant compte des déficits, mais poussant à utiliser régulièrement les capacités restantes.

En ce qui concerne le patient lui-même, on oppose ***deux grands types de syndrome :*** d'une part la démence de type Alzheimer et les démences vasculaires ou mixtes, d'autre part les formes cliniques frontales (dégénérescences fronto-temporales et maladies de Pick). Dans les premières, le patient garde une conscience pénible de ses déficiences : difficultés mnésiques, difficultés d'orientation (perception pénible de ne pas savoir où il est, de ne jamais être chez soi, en somme d'être perdu), difficultés de parole (manque du mot, réduction des thèmes), sensation de ne plus rien comprendre au monde extérieur (agnosie des visages, des personnes et des objets). Mais il existe aussi des perturbations affectives essentielles : crises de colère, fixations répétitives sur des idées fausses (jalousie, ruine, perte d'un objet, vol), donnant à l'apragmatisme une tonalité dépressive qui envahit la vie entière du patient. On ne peut cependant guère attendre d'effet d'un traitement antidépresseur tant sur l'apragmatisme que sur cette tonalité pessimiste de l'humeur, et l'on connaît les risques importants de déclencher une confusion mentale.

A l'inverse, dans les secondes, le sujet se montre indifférent à sa propre dégradation. Il peut même apparaître optimiste et facétieux, se targuant de ses capacités psychiques qu'il estime conservées. Le sujet peut tout simplement négliger ou signaler de façon aberrante ses troubles, de telle façon qu'il soit très difficile de poser rapidement un diagnostic correct. Au contraire, certains patients pessimistes se signalent par de nombreux symptômes hypocondriaques fluctuants et il est parfois difficile d'apprécier, à sa

juste valeur, un symptôme témoignant ou non d'une maladie somatique. On sait qu'une intervention chirurgicale peut être l'occasion d'une aggravation psychique manifeste.

La durée moyenne de la ***survie*** est très délicate à fixer. La survenue d'une démence est bien entendu la cause d'une baisse de l'espérance de vie ; la survie est d'autant plus brève que le début a été plus précoce. Barclay et coll. (1985) sur un groupe de déments type Alzheimer ayant un âge moyen de 73 ans leur trouvent une médiane de survie selon la méthode actuarielle de 8 ans. Il est important de constater la longue durée de la période de démence et le fait que la durée moyenne de survie des patients semble avoir doublé en 50 ans, impliquant l'accroissement des soins en qualité et en quantité.

On entend trop souvent parler systématiquement d'aggravation du fait de l'hospitalisation, comme si rien d'autre n'était susceptible d'expliquer une telle évolution pourtant connue comme inéluctable. Il faut insister sur le fait que ce n'est pas l'hospitalisation en soi, lorsqu'elle est justifiée, qui entraîne automatiquement l'aggravation, mais bien les soins inappropriés, ne tenant pas compte de la démence et multipliant les erreurs, comme le maintien au lit, l'inversion du rythme nycthéméral, l'immobilisation prolongée, la multiplication des examens complémentaires, les changements répétitifs de lieu et de lit.

• ***Ebixa* (Mémantine)**

C'est un produit antagoniste non compétitif NMDA. On entend par « antagoniste des récepteurs NMDA » une substance se fixant spécifiquement sur les sites de liaison (récepteurs) de la cellule nerveuse, sites sur lesquels se lie normalement le transmetteur glutamat : la transmission du signal est ainsi bloquée. Dans la démence d'Alzheimer, les trop fortes concentrations de glutamate conduisent à une stimulation continue des cellules, d'où une saturation, de telle sorte que les signaux importants, notamment ceux nécessaires aux processus d'apprentissage et de mémorisation, soient « masqués ». L'antagoniste des récepteurs NMDA agit contre ce défaut de transmission du signal. Le médicament est indiqué dans la maladie d'Alzheimer dans les formes modérément sévères à sévères.

Propriétés pharmacodynamiques

Il apparaît de plus en plus clairement que le dysfonctionnement de la neurotransmission glutamatergique, en particulier au niveau des récepteurs NMDA, contribue à la fois à l'expression des symptômes et la progression de la maladie dans la démence neurodégénérative. La mémantine est un antagoniste potentiel-dépendant, non compétitif des récepteurs NMDA d'affinité modérée. Elle bloque les effets pathologiques de taux élevés de glutamate qui pourraient éventuellement aboutir à un dysfonctionnement neuronal.

Composition quantitative

Solution buvable : 10 mg par goutte.

Précautions d'emploi

***Adultes.* –** La dose quotidienne maximale est de 20 mg. Pour réduire le risque d'effets secondaires, la dose d'entretien est atteinte par une progression posologique de 5 mg par semaine au cours des trois premières semaines en procédant comme suit. Le traitement doit débuter à 5 mg par jour (un demi-comprimé le matin ou 10 gouttes le matin) durant la première semaine. La deuxième semaine, la dose passe à 10 mg par jour. La troisième semaine, une dose de 15 mg par jour est recommandée. A partir de la quatrième semaine, le traitement peut se poursuivre à la dose d'entretien recommandée, soit 20 mg par jour. Les comprimés et les gouttes peuvent être pris pendant ou en dehors des repas.

***Insuffisance rénale.* –** Chez les patients présentant une fonction rénale normale ou légèrement insuffisante, aucune réduction de dose n'est nécessaire. Chez les patients présentant une insuffisance rénale modérée, la dose quotidienne doit être réduite à 10 mg.

Effets indésirables

La fréquence globale des effets indésirables ne diffère pas de celle observée sous placebo et, en général, ces effets indésirables sont légers à modérément sévères. Le tableau suivant donne une vue générale des effets indésirables les plus fréquents (*cf.* tableau 9-10).

Tableau 9-10. – Principaux effets indésirables à la mémantine.

Effet indésirable montrant une différence significative	Mémantine n = 299	Placebo n = 288
Agitation	27 (9 %)	50 (17,4 %)
Incontinence urinaire	17 (5,7 %)	21 (7,3 %)
Vertiges	15 (5 %)	8 (2,8 %)
Céphalées	15 (5 %)	9 (3,1 %)
Hallucination	15 (5 %)	6 (2,1 %)

Ne sont pas mentionnés les phénomènes de type confusion mentale qui nous apparaissent témoigner d'une absence d'effet favorable et nécessitent un arrêt du traitement.

Utilisation pratique

En relevant le défi d'un médicament à destination de formes sévères de maladie d'Alzheimer et permettant d'améliorer des comportements déjà bien perturbés, la mémantine a ouvert de grandes espérances. En proposant l'association avec l'anticholinestérasique qui a été déjà utilisé et se révèle à ce moment dépassé, le produit suscite des doutes. Pourtant, en 2007, l'AMM a été étendue aux formes de démence d'intensité moyenne.

Nous avons noté, dans un nombre non négligeable de cas, l'apparition d'un syndrome confusionnel dont nous ne voyons pas la mention dans les effets indésirables répertoriés. En tout cas, contrairement à ce qui a pu être proclamé par certains, le médicament ne peut être considéré comme un antipsychotique régulateur des troubles du comportement d'une démence avancée.

Phase de démence avancée ou sévère

Elle survient après des années d'évolution. Elle peut apparaître insensiblement, ou bien à la suite d'une aggravation qui semble provoquée par :

– une maladie intercurrente, un traumatisme, une fracture, une intervention chirurgicale;

– un malaise, une bouffée confusionnelle;

– un changement important dans l'environnement physique (déménagement) ou psychologique (éloignement d'un proche ou d'un soignant);

– la notion du traumatisme lié aux traitements et aux hospitalisations concerne particulièrement les médecins et tous les soignants.

La démence avancée se caractérise par un certain nombre d'éléments :

– l'absence du langage ou de possibilité de communication intelligible en dehors d'une ou deux personnes très proches;

– le sujet ne se fixe à aucune activité intellectuelle et reste d'un apragmatisme complet; il ne prépare plus les repas, reste sans manger ou se jette sur n'importe quelle nourriture. Il faut non seulement le placer devant la nourriture, mais l'aider à manger;

– le contrôle sphinctérien se perd la nuit et devient très difficile à diriger le jour, même en conduisant systématiquement le malade aux WC;

– le sujet est incapable de se laver. Il perd toute préoccupation de propreté. Il est très difficile à habiller du fait de son hypertonie musculaire et de son oppositionnisme.

L'évolution peut être entrecoupée de phases d'agitation avec mouvements stéréotypés. Le sujet se perd dans un jardin plutôt qu'il ne fugue, il semble obéir à des impulsions délirantes, mais ne peut faire part d'un véritable délire. Son état peut s'aggraver surtout du fait d'un amaigrissement inéluctable par dégradation métabolique, d'infections pulmonaires ou urinaires, de traumatismes secondaires à son agitation et à son irritabilité. De fait, la

mort survient surtout par suite de complications qu'il est souvent possible d'éviter ou de traiter. De même, l'état grabataire peut être retardé très longtemps si l'aide thérapeutique est satisfaisante. A un stade tardif, il n'est pas possible d'imposer la présence du malade et les soins aux proches et à la famille. Même les institutions, dont le personnel est insuffisant, ne peuvent assumer un nombre trop important de ces patients, au risque de se transformer en mouroirs, ce que chacun condamne sans savoir très bien comment les remplacer. Il paraît judicieux de prévoir dans chaque institution un nombre limité de patients à un stade terminal par rapport aux autres plus mobilisables. Il faut insister pour faire comprendre au personnel soignant qu'une mort digne est un objectif très important, a fortiori pour ces patients qui ont perdu l'esprit.

Soins palliatifs des démences

Mourir dans la paix et la dignité serait le but que nous voudrions bien atteindre, à défaut d'une guérison impossible. Les résultats obtenus, en matière de prolongation de la durée de vie, ne peuvent masquer l'inéluctable : il existe une fin de vie pour des patients atteints de maladies longues, incurables et souvent douloureuses. L'activité médicale, ardemment recherchée jusqu'alors, se voit brusquement qualifiée « d'acharnement thérapeutique », lorsqu'une situation d'espoir se transforme en véritable échec. Il faut dire que les soignants se sentent eux-mêmes en échec dans une action thérapeutique qu'ils espéraient victorieuse. Il faut alors leur rappeler que la guérison n'est pas le seul but du soignant : on peut encore consacrer les forces soignantes à l'éradication de la douleur et au confort somatique et psychologique qui nécessitent un renversement de l'activisme médical habituel.

Depuis la loi Leonetti (2005), il a été inscrit que « l'accès aux soins palliatifs [était] un droit pour tous ». Du moins, si les moyens suivent : en 2005, il n'existait en effet que 78 unités (1 000 lits) de soins palliatifs, concentrées dans quatre régions (Ile de France, Nord Pas de Calais, Provence Alpes Côte d'Azur, Rhône Alpes).

Il a été décidé de leur adjoindre :

– 1 000 lits identifiés, répartis dans des services hospitaliers, sans toujours le personnel, spécifiquement formé, qui va avec ;

– des équipes mobiles de soins palliatifs devant se rendre dans les services pour aider les équipes médicales dans leurs conduites thérapeutiques.

Une unité de soins palliatifs est cependant nécessaire si l'on veut réserver une place à la famille et l'aider à affronter des moments pénibles et des phases de désespoir.

Rappelons que sur 550 000 décès annuels en France, 150 000 peuvent être attribués à l'issue d'une maladie longue et incurable. Tous ces cas pourraient

bénéficier d'une approche de type soins palliatifs, ce qui est loin d'être possible.

Quels soins palliatifs ?

En pratique, 95 % des personnes en unité de soins palliatifs le sont pour un cancer en phase terminale. On comprend que l'indication d'un séjour en soins palliatifs est rarement posée pour la fin de vie des malades atteints de démences avancées. Bien entendu, les démences au stade avancé sont réparties dans toutes les institutions de type long séjour ou maison de retraite, et un bon nombre sont maintenues jusqu'à la fin à domicile. Pourtant, la fin de vie des patients Alzheimer peut poser des problèmes dans de nombreux cas par la dégradation progressive de plusieurs fonctions vitales et les embarras soignants qui en résultent :

– les fonctions motrices se dégradent favorisant les chutes et les complications orthopédiques conduisant à la grabatérisation seconde ;

– les troubles sphinctériens rendent lourd, pénible et fatigant le soin : ils contraignent à une aide professionnelle pour les changes et la toilette ;

– une agitation diurne et/ou nocturne est une cause majeure d'impossibilité du maintien à domicile ou dans certains établissements mal préparés à assurer la sécurité de tous dans ces conditions ; ces derniers sont alors plus annonciateurs d'une fin de vie ;

– le mutisme progressif, parfois associé à des cris réguliers diurnes et nocturnes, dont la signification est difficilement interprétable et dont la maîtrise est profondément aléatoire.

– des difficultés par irrégularité de la respiration, en fait *sine materia*, pouvant entraîner des pauses ;

– les troubles alimentaires, par perte des réflexes de déglutition, rejet de la nourriture, fausses routes, limites de l'hydratation artificielle ;

– la dénutrition conduisant aux escarres et aux douleurs avec oppositionnisme aux pansements répétés.

Chacun de ces troubles doit faire l'objet d'une réflexion puis d'une décision en équipe pour savoir ceux qui sont indispensable, utiles pour le confort de fin de vie et ceux qui sont inutiles, pénibles et vains. Ainsi, on voit souvent poursuivre l'absorption rituelle des anticholinostérasiques alors même qu'ils ont fait la preuve de leur absence d'efficacité à un tel stade évolutif.

En somme, si chacun est d'accord avec la loi Leonetti (2005) pour donner aux soins palliatifs une dimension de confort et d'humanité, faut-il encore en avoir les moyens et savoir s'y prendre. De fait, il apparaît difficile de faire régner une atmosphère spécifique, nécessaire aux soins palliatifs, par rapport à l'hyperactivité d'un service de soins aigus avec souvent surcharge de travail et manque de personnel.

Il apparaît que de nombreux services de personnes âgées mériteraient de disposer de lits de soins palliatifs pour tenter de donner aux malades

Alzheimer, pour leurs tout derniers jours, une atmosphère de calme et de sérénité, et ne laissant à l'équipe soignante que la préoccupation du confort et de la dignité.

En effet, la fin des démences est surtout marquée par des problèmes de déglutition, de refus de la nourriture et de la boisson, mais aussi d'incapacité à rester assis ou debout. La seule volonté apparente est celle de la clinophilie. La parole et les possibilités de communication sont très limitées, ce qui est très pénible pour l'entourage, ne laissant place qu'à des cris, qui inquiètent et intriguent. Le traitement antidouleur n'est pas adapté, sauf en cas d'escarres. En tout cas, il est difficile pour l'équipe d'assurer de tels soins parallèlement à d'autres préoccupations quotidiennes et thérapeutiques dans le même service.

Dans une unité autonome, on aura la possibilité de décider ensemble d'une suspension de mesures de réanimation inutiles ou d'actes inadaptés tels qu'une gastrostomie, ou d'actes thérapeutiques encore plus pénibles ou agressifs.

À l'inverse de ce qui peut se produire en cas de cancer, il est très rare qu'un malade atteint de maladie de type Alzheimer ou d'une autre forme de démence fasse une demande d'euthanasie. Il s'agit plutôt d'une réaction qui se produit aux premiers stades de la maladie et parfois chez des Alzheimerophobes qui déclarent ne pas supporter l'idée même de leur future déchéance. Un exemple s'est produit en Belgique en 2008 où l'écrivain Hugo Claus se sachant atteint d'une maladie d'Alzheimer « avait déterminé le moment de sa mort » et s'est fait euthanasié à l'hôpital d'Anvers à 78 ans. On peut penser que de telles demandes seront de plus en plus courantes et aboutiront à des élargissements des possibilités offertes par la loi Leonetti.

LES SYMPTÔMES SECONDAIRES À L'EMPLOI DES PSYCHOTROPES

L'existence de nombreuses complications secondaires à l'utilisation des psychotropes fait souvent redouter leur emploi chez les personnes âgées. La crainte de ces effets latéraux, les plaintes abondantes des patients, l'attention minutieuse et exigente de l'entourage ne permettent cependant pas d'adopter une position apparemment simple de refus vis-à-vis de ces thérapeutiques. L'abstention est également coupable. Il faut donc s'en tenir à des prescriptions mesurées, justifiées et adaptées. Surtout, la prescription du bon médicament ne va pas de soi ; elle doit toujours être suivie d'une surveillance médicale et infirmière attentive, soigneuse et répétitive. A ce prix, l'utilisation des psychotropes doit être réhabilitée et les précautions ne peuvent se limiter à l'utilisation de faibles doses.

Nous étudierons d'abord les précautions préalables à l'emploi des psychotropes, puis les complications aiguës qui peuvent malgré tout surgir inopinément, enfin les complications courantes dont il faut que le patient s'accommode pour bénéficier de l'effet positif essentiel.

Précautions préalables à l'emploi des psychotropes

La crainte des complications, en particulier chez la personne âgée, doit faire envisager un rapide bilan afin d'apprécier d'éventuelles contre-indications. En fait, il ne s'agit pas de contre-indications au sens propre, puisqu'il faut soigner aussi les patients porteurs d'une insuffisance cardiaque, d'un glaucome ou d'un adénome prostatique. Mais, dans ce cas, il faut surtout apprécier les éléments de l'état physiopathologique pour adapter au mieux le traitement.

L'état cardiaque. – On a pu, par enquête épidémiologique, faire état d'un plus grand nombre de morts subites chez les patients soumis à un traitement antidépresseur et/ou neuroleptiques. Ceci a pu être rattaché au syndrome métabolique et à la possibilité de survenue de fibrillations ventriculaires, qui seraient entraînées par l'allongement de l'espace QTc, et surtout en cas de traitement parentéral intramusculaire ou intraveineux (*cf.* figure 9-3).

Ce sont surtout les antidépresseurs tricycliques qui ont des effets cardiaques directs, tels que la diminution de la force contractile du myocarde, le ralentissement de la conduction.

On peut le vérifier à dose toxique. Une tentative de suicide par absorption de ces antidépresseurs est particulièrement dangereuse chez la personne âgée, du fait de la survenue de troubles du rythme, responsables du risque létal à des doses bien moindres que chez l'adulte jeune.

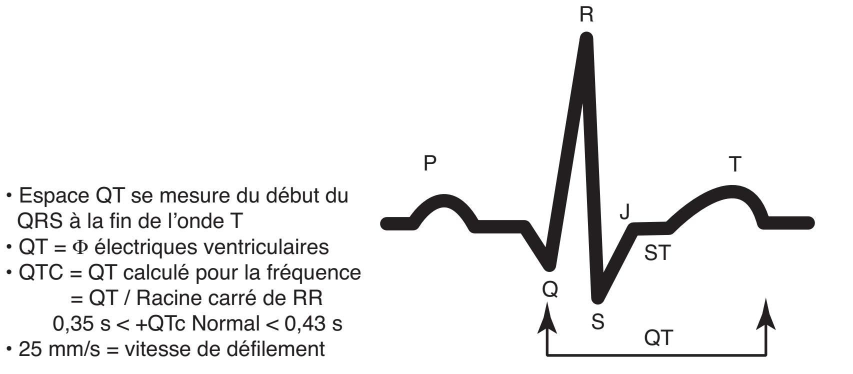


Figure 9-3. Mesure du QTc.

Une hypertension artérielle. – Il est bien entendu très important d'apprécier l'état vasculaire d'un patient avant tout traitement psychotrope et surtout l'état actuel de sa tension artérielle.

Il s'agit fréquemment d'une hypertension artérielle connue et traitée. Si l'on trouve des chiffres élevés, plusieurs hypothèses peuvent être envisagées. L'une des plus fréquentes est l'interruption ou la modification plus ou moins justifiée du traitement antihypertenseur. Une autre est le déclenchement d'une poussée hypertensive à l'occasion de l'épisode psychique, peut-être par le biais de l'anxiété et de l'agitation. Enfin, parfois, la poussée hypertensive peut elle-même être à l'origine de l'épisode d'agitation ou de confusion mentale.

Dans tous ces cas, il faudra, en accord avec le cardiologue, prescrire les psychotropes indispensables, en sachant qu'ils vont plutôt dans le sens de l'hypotension, surtout lorsqu'ils sont associés aux hypotenseurs habituels. Il faut ensuite surveiller régulièrement les chiffres de la tension artérielle 2 à 3 fois par jour, dans de bonnes conditions, en position couchée et debout. Il faut enfin tenir une courbe de l'évolution des chiffres maximal et minimal. C'est ainsi que pourront être prises les mesures indispensables face au retentissement tensionnel.

Par ailleurs, il faut signaler la survenue de crises hypertensives par suite de l'emploi d'antidépresseurs IMAO non réversibles. Ces molécules ont une interaction possible :

– avec les antihypertenseurs : Aldomet, Catapressan, Guanéthidine ;
– avec les sympathomimétiques : Adrénaline, Ergotamine ;
– avec la tyramine et tous les aliments qui en sont riches : vins, fromages ;
– avec la L.-Dopa.

C'est pourquoi on préfère renoncer chez les personnes âgées à ces substances et prescrire des IMAO réversibles (Toloxatone, Moclobémide) qui n'ont pas ces graves inconvénients.

L'existence d'un glaucome. – Il est important de s'assurer que la personne âgée n'est pas porteuse d'un glaucome, surtout à angle fermé, très sensible à la moindre irido-dilatation. Les antidépresseurs ou médicaments anticholinergiques dilatent la pupille et risquent de décompenser le glaucome. L'indication thérapeutique de psychotropes ne peut donc se faire qu'après l'avis de l'ophtalmologiste et habituellement sous la protection d'un collyre myotique régulièrement administré. On ne peut en effet interdire une thérapeutique antidépressive à ces patients lorsqu'elle est profondément utile. Il reste possible de choisir des molécules aux effets anticholinergiques limités ou nuls.

Mais, plus encore que l'existence d'un glaucome connu et traité, il faut savoir dépister l'hypertension intra-oculaire latente qui est dix fois plus fréquente chez le sujet âgé, que l'angle soit ouvert ou fermé. En effet, les antidépresseurs tricycliques ou apparentés à effet anticholinergique augmentent la pression des milieux aqueux intra-oculaires. Si une telle prescription est indispensable, il

faut faire surveiller la tension intra-oculaire ; toute élévation sous l'effet du traitement fait indiquer un collyre abaisseur de la tension oculaires et contre-indiquer l'augmentation des doses ou même la poursuite du traitement.

L'état prostatique. – Les antidépresseurs et les antiparkinsoniens à action anticholinergique risquent d'entraîner des troubles dysuriques et une rétention d'urine. Leur action sur les sphincters lisses vient décompenser les perturbations que provoque un adénome prostatique. Il faut donc demander l'avis d'un urologue pour connaître le degré de l'adénome, l'existence d'un résidu et/ou d'une vessie irritable. Le rôle du psychiatre est de tenir compte de la fréquence des troubles urinaires dans le tableau psychopathologique des personnes âgées, car ils expriment aussi l'anxiété, l'impatience, la dépression et le renoncement. Il faut le savoir tant au stade diagnostique qu'en phase thérapeutique, car ils ne s'améliorent que sous l'influence des psychotropes et de tout un ensemble de mesures psychorééducatives.

L'état hépatique. – Le système essentiel responsable du métabolisme des psychotropes est constitué par les enzymes des microsomes des cellules hépatiques. La baisse progressive de l'efficacité de ce système n'est pas absolument prouvée pour toutes les molécules, mais elle est à l'origine de la réduction systématique des posologies qui est habituellement prônée chez les personnes âgées. En fait, c'est la surveillance minutieuse des effets cliniques qui est le guide essentiel, tant pour l'effet principal recherché que pour les effets latéraux nuisibles.

Avant de prescrire un psychotrope, il faut bien connaître les risques pris :

– les produits susceptibles d'entraîner, même à taux faible (un pour mille cas ou moins), une cytolyse hépatique doivent être repoussés en première intention ; font partie de cette catégorie les antidépresseurs IMAO irréversibles comme l'iproniazide *(Marsilid)* et les antiépileptiques comme la phénytoïne *(Di-Hydan)* ou l'acide valproïque *(Dépakine)* ;

– les autres psychotropes et antidépresseurs tricycliques ou de troisième génération, neuroleptiques et surtout phénothiaziniques, doivent faire l'objet d'une enquête, pour savoir s'il n'y a pas eu un antécédent d'ictère à ces molécules, et d'une surveillance clinique et enzymatique soigneuse, surtout au cours des premières semaines de traitement, pour dépister l'apparition éventuelle des premiers symptômes et en ce cas décider l'arrêt immédiat du traitement.

Nous avons vu les précautions particulières à prendre avec les anticholinestérasiques (surtout le cognex).

L'état cérébral : détérioration intellectuelle plus ou moins latente. – Il est très important d'apprécier l'existence de signes encore légers d'atteinte cérébrale : troubles de la mémoire, éléments de désorientation spatiale, troubles de la parole. Dans ce cas, il semble que la sensibilité aux anxiolytiques,

aux gardénaliques et même aux antalgiques est particulièrement forte et favorise leur retentissement sur la vigilance et les symptômes secondaires qui en découlent.

L'utilisation des antidépresseurs risque de déclencher une bouffée confusionnelle pour des doses parfois très faibles. On ne peut savoir à partir de quelles doses le risque est important ; souvent les symptômes se déclenchent au début du traitement, c'est donc à ce moment qu'il faut surveiller étroitement l'état de conscience et la vigilance.

L'état moteur. – L'existence préalable d'un syndrome parkinsonien ou de troubles moteurs avec hypertonie, ralentissement moteur, marche à petits pas et troubles de la déglutition, pose un sérieux problème lorsqu'il est indispensable d'instituer un traitement psychotrope. Ainsi est-il délicat d'instituer un traitement neuroleptique pour un syndrome délirant ou une agitation avec confusion sans risquer une aggravation de l'hypertonie ou du syndrome parkinsonien. C'est pourtant souvent une nécessité. On emploiera essentiellement des neuroleptiques sédatifs aux doses efficaces les plus faibles possibles, associés avec prudence aux antiparkinsoniens.

Complications aiguës survenant pendant le traitement

Épilepsie. – Une crise d'épilepsie peut être provoquée par le traitement psychotrope. Le plus souvent, il s'agit de traitements prolongés et à fortes doses par les antidépresseurs et/ou les neuroleptiques. Les molécules agiraient plutôt en favorisant une irritabilité latente. Il est de toute façon raisonnable de demander un EEG avant tout traitement et éventuellement de prescrire à titre préventif un antiépileptique. Le risque est en fait faible chez le sujet âgé, et la survenue d'une crise d'épilepsie doit faire d'abord rechercher une autre cause que l'étiologie iatrogène.

On sait que de telles crises peuvent se produire spontanément à divers stades de la démence ; elles peuvent être indicatrices d'une complication tumorale ou hémorragique.

Le sevrage brutal des anxiolytiques peut occasionner un syndrome comportant une crise d'épilepsie et très souvent un épisode de confusion mentale. Il est parfois difficile, devant une complication brutale, de retrouver rapidement comme cause un sevrage qui a pu être accidentel et fait à l'insu d'un utilisateur peu averti et peu attentif.

Des cas d'hyponatrémies par antidépresseur sérotoninergique ont pu se révéler ainsi, d'où l'intérêt de la surveillance de l'ionogramme.

Crise oculo-céphalogyre. – Il s'agit d'une crise dyskinétique transitoire et localisée au cou, à la face et aux yeux (plafonnement). Cette complication n'est pas fréquente ; elle est due essentiellement à l'emploi des neurolepti-

ques incisifs qui sont peu indiqués chez le vieillard. La crise n'est pas liée obligatoirement à l'emploi de fortes doses, mais survient souvent dès les premières semaines du traitement. La crise est impressionnante, mais cède à l'injection intramusculaire d'anticholinergiques antiparkinsoniens.

Les malaises et les chutes. – Les sensations vertigineuses, avec perception d'un malaise et finalement la possibilité d'une chute, surviennent dans de multiples circonstances chez les personnes âgées. Elles peuvent être, entre autres, favorisées ou déclenchées par un traitement psychotrope.

Les anxiolytiques peuvent favoriser les chutes par l'hypotonie musculaire et l'instabilité motrice ; les neuroleptiques sédatifs peuvent diminuer les réactions motrices adaptatives.

On distingue un tel malaise d'une syncope vaso-vagale, qui survient plus brutalement lors d'un lever nocturne, après une miction ou la défécation, parfois lors d'un repas copieux. Dans ce cas, la baisse de la tension artérielle est globale et s'accompagne d'une bradycardie. Elles semblent favorisées par la prise d'antichinestérasiques.

Mais ces psychotropes peuvent surtout favoriser une *hypotension orthostatique*. Le diagnostic de l'hypotension peut être suspecté cliniquement par l'existence de sensations vertigineuses, de dérobement des jambes, d'éblouissements visuels, de bourdonnements d'oreilles lors d'un passage assez rapide de la position couchée à la position debout. Parfois, le patient songe à prévenir le malaise en s'allongeant, sinon peut survenir la chute avec éventuellement une courte perte de connaissance sans signe neurologique de localisation.

Il faut exiger une surveillance précise de la TA et la prise des chiffres après avoir placé le sujet en position debout pendant quelques minutes. L'hypotension orthostatique se définit lorsque la TA systolique baisse de plus de 40 mmHg et la pression diastolique de plus de 30 mm. Il peut se produire ou non une réaction tachycardique. L'hypotension orthostatique peut se produire chez le patient âgé qui est resté allongé de façon prolongée.

Les psychotropes ne sont pas seuls en cause ; la fréquence et l'intensité du trouble sont favorisées par les antihypertenseurs, les antiparkinsoniens et les bêta bloquants, d'autant plus que ces médicaments sont associés. Il faut donc toujours veiller à s'en tenir aux associations indispensables.

L'hypotension iatrogène peut disparaître après arrêt, s'il est possible, du ou des médicaments en cause. De plus, il faut recommander des mesures d'hygiène : lever progressif, contention élastique des membres inférieurs. Le traitement médicamenteux peut utiliser la dihydro-ergotamine ; les médicaments augmentant la volémie ne peuvent être employés qu'avec prudence chez les personnes âgées.

Une rétention d'urine. – Un accident témoignant d'une rétention aiguë d'urine peut ne pas toujours s'exprimer par des douleurs aiguës, attribuées

par le patient à un besoin d'uriner. Il est donc nécessaire de surveiller chez le patient âgé, surtout lorsque sa vigilance n'est pas parfaite, l'existence d'un globe vésical douloureux et de se rendre compte de l'absence prolongée de miction.

Il faudra également se méfier des mictions qui peuvent survenir par regorgement et rassurer à tort. L'existence d'une rétention d'urine nécessite l'arrêt des divers traitements à action anticholinergique et l'appel à l'urologue. Si un sondage s'impose, il doit être pratiqué par un spécialiste, car on sait que ce geste simple en apparence présente des risques s'il existe une dilatation des voies urinaires hautes.

L'apparition d'un ictère. – Une surveillance hépatique s'impose avant la mise sous traitement, puis au bout d'une semaine et tous les quinze jours jusqu'au deuxième mois inclus. Nous renvoyons aux précautions exceptionnelles qui ont été exigées à propos de la Tacrine et qui sont caractéristiques de la façon qui s'impose de traiter le risque de la cytolyse hépatique.

S'il apparaît des anomalies biologiques des transaminases et des phosphatases alcalines du sérum, il faut interrompre le traitement et surveiller la régression habituellement rapide de ces anomalies.

En cas d'ictère clinique, il faut adresser le malade dans un service spécialisé pour l'enquête étiologique. En effet, chez le malade âgé peut se révéler une lithiase biliaire, un cancer biliopancréatique ou une hépatite à virus. C'est seulement après une telle enquête et après avoir constaté l'effet de l'arrêt du traitement qu'on pourra véritablement mettre en cause la molécule utilisée.

L'apparition d'un syndrome fébrile. – Un syndrome fébrile doit faire rechercher chez le sujet âgé une infection latente peu expressive. Les traitements anxiolytiques, somnifères, neuroleptiques peuvent faciliter, surtout en cas d'association, l'apparition d'une infection pulmonaire lorsque le sujet présente déjà une insuffisance respiratoire. Ces médicaments favorisent l'hypoventilation, les troubles de la déglutition, la baisse de la vigilance et on peut découvrir assez brutalement un état de détresse respiratoire fébrile. Il est nécessaire de procéder rapidement à une réanimation respiratoire et à un traitement adapté si possible en milieu spécialisé.

On a décrit aussi avec les neuroleptiques et les correcteurs anticholinergiques le coup de chaleur par temps chaud dit hyperthermie bénigne.

L'hyperthermie peut être reliée à un syndrome malin des neuroleptiques lorsqu'elle s'associe à une akinésie, et à une hypertonie avec hébétude. C'est le tableau neurovégétatif qui permet de penser à ce syndrome : hyper- ou hypotension artérielle, tachycardie, sueurs, pâleur intense et déshydratation. Rare chez la personne âgée chez qui l'on emploie peu les neuroleptiques incisifs, il survient surtout au début d'un traitement par voie injectable. Il peut se révéler plus tardivement en cas de traitement neuroleptique prolongé.

Lorsqu'il est déclaré, il est nécessaire d'envisager des mesures de réanimation en milieu spécialisé et l'interruption immédiate du ou des neuroleptiques.

L'apparition d'un syndrome chirurgical. – Il n'est pas toujours aisé de déceler chez un patient présentant des troubles du comportement et soumis à un traitement psychotrope l'apparition d'un syndrome abdominal aigu.
Ainsi, un syndrome occlusif aigu, par atonie intestinale, survient surtout chez un sujet qui se plaint de constipation et chez lequel il faut procéder régulièrement à la palpation abdominale, vérifier l'émission des selles et gaz et s'assurer de l'absence de fécalome et de l'efficacité du traitement prescrit contre la constipation.
Un syndrome occlusif par iléus paralytique se produit surtout chez un patient polymédiqué, soumis aux neuroleptiques, correcteurs et antidépresseurs. Il nécessite un avis chirurgical et le transfert en service de chirurgie abdominale pour prendre des mesures appropriées. Pour ce motif (ou pour toute autre cause), le risque d'avoir à opérer en urgence un sujet âgé n'est évidemment pas nul, car l'on craint toujours l'anesthésie et des interactions défavorables. En fait, il ne faut pas exagérer le danger ; très souvent, les anesthésistes emploient eux-mêmes des calmants et, en milieu chirurgical, on a parfois tendance à négliger l'importance qu'a le psychotrope pour le patient et à prescrire des interruptions prolongées néfastes.
Les médicaments antidépresseurs, tricycliques et apparentés, ont les actions suivantes :
– augmentation de l'effet dépresseur cardiovasculaire des morphiniques ;
– prolongement de la durée de l'apnée au penthotal ;
– potentialisation de l'action des catécholamines ;
– potentialisation de l'effet anticholinergique de l'atropine ;
– antagonisme de l'effet des curares.
Il faut en tenir compte et si possible cesser le traitement un à trois jours avant l'intervention.
Lorsque le patient est soumis aux IMAO non réversibles, il y a, par crainte de crise hypertensive, contre-indication à l'emploi de la morphine, du *Dolosal* et du *Fortal*. On évitera l'emploi de l'adrénaline et des guanéthidines *(Ismeline, Esimil)*, car on sait qu'il existe d'assez nombreuses raisons pour ne pas utiliser ce type de molécules.

Syndrome de confusion mentale. – L'apparition d'un syndrome confusionnel est possible avec la plupart des psychotropes. Cependant, il existe d'autres causes cérébrales de confusion dont le diagnostic différentiel n'est pas toujours simple.
Certains états confusionnels se manifestent en particulier chez le sujet âgé porteur d'une ébauche de détérioration intellectuelle, surtout lorsque les doses de psychotropes sont trop élevées. D'autres relèvent d'une susceptibilité particulière qui peut être liée à des interactions médicamenteuses ; cer-

taines sont connues et contre-indiquées, comme les antidépresseurs hydraziniques à effet IMAO non réversibles qui peuvent donner une confusion par interaction médicamenteuse avec les antidépresseurs tricycliques, le *Fortal*, la morphine et le *Dolosal*.

Tous les antidépresseurs, en particulier les tricycliques, mais aussi les sérotoninergiques surtout en cas de surdosage, d'association avec les IMAO à action non réversible et aussi en cas d'interruption brutale, peuvent déclencher une crise confusionnelle. Il est nécessaire de la dépister tôt, lors de l'évolution d'un état dépressif traité, de stopper immédiatement le traitement et de surveiller le patient.

Les anxiolytiques et les neuroleptiques pris à dose trop élevée peuvent déclencher, après une baisse initiale de la vigilance diurne, une véritable confusion.

Syndrome sérotoninergique

Les antidépresseurs sérotoninergiques, plus particulièrement ceux qui sont les plus sélectifs semblent pouvoir développer à l'occasion de certains surdosages ou en cas d'association avec d'autres médicaments (comme le lithium) ou avec des IMAO non sélectifs, non réversibles (Niamide, Nialamide) ou certains IMAO sélectifs de type A (Moclobemide, Toloxatone), des symptômes isolés ou parfois regroupés des séries syndromiques suivantes :

– psychique (agitation, confusion, hypomanie, éventuellement coma);

– moteur (myoclonies, tremblements, hyperréflexie, rigidité, hyperactivité);

– neurovégétatif (hypo ou hypertension, tachycardie, frissons, hyperthermie, sueurs);

– digestif, surtout diarrhée.

Il est conseillé d'être attentif à la survenue de tels symptômes pour diminuer les doses employées dès l'apparition des premiers signes, supprimer les interactions médicamenteuses éventuelles et si le syndrome prend de l'ampleur, stopper progressivement le traitement antidépresseur.

Symptômes secondaires courants

Les plus fréquents sont les syndromes parkinsoniens. – Surtout avec l'usage des neuroleptiques sédatifs, parfois renforcés par les antidépresseurs, se produit un ensemble de symptômes comportant :

– une hypertonie de type extrapyramidal ;

– une réduction des mouvements ;

– un tremblement des extrémités au repos ou dans le maintien des attitudes.

Ces symptômes surviennent de façon variable en fonction de la dose employée, de la durée du traitement, de l'âge et du degré d'atteinte des centres et des voies extrapyramidales. En effet, bien souvent le sujet âgé présente déjà

une détérioration intellectuelle, des troubles extrapyramidaux ou même pyramidaux, une maladie de Parkinson et il est alors plus réceptif aux effets secondaires des neuroleptiques. Sauf s'il existe un syndrome extrapyramidal avéré, un traitement correcteur anticholinergique systématique n'est pas indispensable ; en effet, nous avons vu qu'il est dangereux de renforcer les effets anticholinergiques déjà obtenus si le patient est soumis, par exemple, à un antidépresseur tricyclique. A l'inverse, il est judicieux de le prescrire aux doses les plus faibles possibles dès qu'apparaissent les éléments du syndrome extrapyramidal. On peut utiliser également l'amantadine.

Il ne faut pas confondre ces symptômes avec le tremblement des extrémités de type sympathomimétique, survenant surtout aux mains, s'étendant parfois aux lèvres, au menton et à la langue, et qui est accentué par les émotions et la prise d'un objet ou le maintien d'une attitude. Il peut venir renforcer le tremblement sénile parfois favorisé par l'emploi du *Lithium* ou des antidépresseurs tricycliques et sérotoninergiques ; il ne cède pas aux antiparkinsoniens. Il faut alors baisser la posologie thérapeutique, associer un traitement par anxiolytique ou par *Atrium*, voire par la vitamine B6.

Les troubles dystoniques. – On voit parfois apparaître certaines attitudes dystoniques rachidiennes gênant la marche, l'équilibre et les gestes de tous les jours. Ces troubles peuvent survenir avec des neuroleptiques incisifs ou avec les benzamides substituées, dont les doses devront être réduites. Il n'y a pas d'action utile des correcteurs antiparkinsoniens.

L'acathisie. – La sensation d'impatience des jambes et d'impossibilité de rester au repos, assis à une même place est une complication agaçante pour la personne âgée. Là encore, le traitement dépend surtout d'une réduction des doses et de l'association à un anxiolytique.

Dyskinésie bucco-faciale tardive. – Cette dyskinésie survient progressivement sous forme de mouvements de mâchonnement (bucco-linguo-facial). Elle peut prendre une grande intensité et même s'étendre au tronc et à l'abdomen. Cette dyskinésie peut survenir spontanément chez le sujet âgé, en particulier porteur d'une prothèse dentaire. Elle est favorisée par l'existence d'une détérioration cérébrale latente. Mais elle est surtout déclenchée par la prescription de psychotropes et de façon proportionnelle, semble-t-il, à la dose absorbée au cours des années. Lors de l'examen clinique, on s'aperçoit que les mouvements sont accentués par l'attention et l'émotion, ainsi que par la mise en mouvement du corps.

Les patients se plaignent peu de cette dyskinésie bucco-faciale et on évitera de les surcharger de thérapeutiques. S'il est indispensable de donner des neuroleptiques, on tentera de régler la dose pour réduire au mieux le symptôme.

La constipation. – La régularité des exonérations intestinales est une préoccupation fondamentale des personnes âgées qui sont toujours prêtes à

accuser les médicaments qu'elles absorbent. On sait que le diagnostic de constipation n'est pas évident, car on ne peut pas se fonder seulement sur la plainte du patient, qui souvent n'est satisfait que lorsqu'il parvient à l'aide de divers déconstipants à se mettre en diarrhée.

Il faut rester attentif au fonctionnement intestinal du sujet âgé traité par des psychotropes, car derrière la simple plainte de constipation peut se cacher la survenue d'une véritable occlusion par le biais d'un fécalome ou d'un trouble dit fonctionnel. Il faut donc veiller de façon préventive à une hygiène alimentaire facilitant un bon fonctionnement intestinal (utilisation du régime son-fruits et des régulateurs coliques).

Ce sont surtout les neuroleptiques majeurs qui provoquent une constipation sévère, de même que les antidépresseurs à effet anticholinergique comme les tricycliques. Les médicaments antiparkinsoniens, anticholinergiques tendent également à exagérer la constipation préexistante.

Vue floue, trouble de l'accommodation à la vision de près. – Très fréquemment, un patient se plaint d'une gêne visuelle que ne compensent plus ses lunettes habituelles. Cette gêne l'empêche de lire, car elle atteint surtout la vision de près ; elle est décrite comme un flou visuel. Le trouble est lié à l'atteinte du réflexe pupillaire d'accommodation à la vision de près (syncinésie à la convergence oculaire) qui est sous la dépendance de fibres sympathiques. Il est dû surtout à l'effet atropinique des antidépresseurs tricycliques et des neuroleptiques.

Chez les personnes âgées, il est peut-être un peu facile d'attribuer une baisse de la vision aux médicaments absorbés. Il existe des troubles liés à la cataracte et à l'état rétinien que le trouble de l'accommodation semble aggraver. En fait, il n'existe pas de véritable thérapeutique mais une habituation progressive aux doses minimales utiles.

La baisse véritable de l'acuité visuelle, précédée parfois par un trouble de la vision des couleurs, est un accident beaucoup plus rare, dû à une névrite optique rétro-bulbaire bilatérale décrite surtout avec les IMAO et en cas de fragilisation par alcoolo-tabagisme. L'arrêt du traitement doit être immédiat, d'autant qu'un tel accident survient toujours après des cures prolongées.

Enfin, une baisse de l'acuité visuelle par chorio-rétinite pigmentaire a été décrite avec les neuroleptiques dérivés des phénothiazines *(Melleril).*

La sécheresse de la bouche. – Elle correspond à une hyposialie. Dans un premier temps, il s'agit surtout d'un symptôme désagréable, qui risque cependant de faire rejeter le traitement par le patient. C'est pourquoi il faut être attentif à cette plainte et ordonner rapidement un traitement renforçant le flux salivaire (par exemple, le *Sulfarlem 25*).

L'hyposialie devient beaucoup plus gênante si on ne fait rien ou si on ne parvient pas à la compenser. Elle favorise la mauvaise tolérance d'une prothèse dentaire et, du même coup, atteint l'appétit. On pourrait penser que

la personne âgée cherchera à s'humidifier la cavité buccale, mais souvent elle ne le fait pas et peut se déshydrater simultanément.

De même, chez le sujet âgé, il faut veiller à la poursuite des soins d'hygiène dentaire qui risquent fréquemment d'être négligés dans ces circonstances. Il se forme d'abord un enduit blanchâtre et mousseux sur les dents et les gencives, puis peuvent survenir une glossite, une gingivite ou même une parotidite.

La cause de l'hyposialie réside dans l'effet parasympathicolytique des antidépresseurs tricycliques, des neuroleptiques, des barbituriques et, de façon plus inconstante, des anxiolytiques ; mais il est exagéré par l'association des diverses familles médicamenteuses.

Les antidépresseurs de la 3e génération, non tricycliques ou apparentés, ont un effet anticholinergique très modeste, voire nul : amineptine *(Survector)*, nomifensine *(Alival)*, miansérine *(Athymil)*, viloxazine *(Vivalan)*, tianeptine *(Stablon)*, métapramine *(Timaxel)*, fluvoxamine *(Floxyfral)*, fluoxétine *(Prozac).*

Prise de poids et syndrome métabolique

On connaît depuis la découverte des neuroleptiques puis celle des antidépresseurs entre imipraminiques l'action qu'ils ont sur l'appétit (parfois jusqu'à la boulimie) et la prise de poids.

C'est seulement depuis une quinzaine d'années que l'on reconnaît un risque potentiel chez des sujets d'âge adulte ayant développé un syndrome métabolique de prédiabète, avec risque d'athérosclérose, en rapport avec une prise de poids régulière, s'accentuant au fil des ans.

Mais on a pu noter en pratique que la prise de poids est plus nette, plus rapide, avec quelques uns des antipsychotiques, comme l'olanzapine et la clozapine, et que le risque majeur est aussi celui de décompensation d'un diabète sous l'influence directe de l'institution d'un tel traitement.

Ceci doit cependant s'interpréter chez le sujet âgé en fonction de son état de nutrition. On connaît la fréquence de l'anorexie et de la dénutrition qui accompagnent particulièrement les troubles psychiques du sujet âgé, tant par le biais d'une dépression que lors d'un syndrome délirant. En pratique, une reprise de l'appétit et un regain de poids constituent d'abord un effet positif, favorable, qui s'inscrit dans les signes d'amélioration de l'état du patient. Ceci n'empêche pas de suivre et de constater une prise de poids exagérée, une boulimie et surtout de dépister l'aggravation éventuelle d'un diabète et le non respect du régime.

LE TRAITEMENT DES DOULEURS

Il peut paraître artificiel d'isoler le symptôme « douleur » en le détachant de la maladie causale. Pourtant, cela s'avère particulièrement pragmatique chez la personne âgée, où la douleur qui résume la plupart des plaintes prend la place et l'importance d'un archétype de la maladie : « Je viens vous voir pour mes douleurs », « ce que je voudrais c'est ne plus souffrir... ». Y correspondent le fait que les prescriptions d'antalgiques sont très importantes, multiples et pourtant, le plus souvent, partiellement satisfaisantes seulement.

La prescription d'analgésique dépend de l'intensité de la douleur, de son caractère aigu ou permanent et bien entendu de sa nature causale.

Le subjectif de la douleur

Il est facile d'admettre que l'intensité de la douleur ne peut se rapporter qu'au vécu subjectif de celui qui souffre et à la façon dont il en parle.

C'est dire qu'on ne peut faire abstraction de la personnalité de la personne âgée souffrante, par exemple dans le degré des manifestations extériorisées : plaintes, appels à l'aide, troubles hystériformes, ou au contraire repli douloureux, attitude paranoïaque et revendicatrice. Il est courant de voir l'entourage des personnes âgées, devant les plaintes bruyantes et répétitives, nous avertir d'emblée : « Que c'est toujours comme ça », « qu'il ne faut pas trop porter attention », « que c'est de la comédie ».

Bien entendu, il n'en faut rien faire. Même excessives apparemment, les plaintes au sujet des douleurs ont une signification, surtout s'il existe une importante distance entre la souffrance supposée légitime et celle qui est exprimée.

Il est rare que le point de départ des douleurs chez une personne âgée ne soit pas justifié par une ou plusieurs affections douloureuses, mais ce qui est plus particulier à chacun, c'est le retentissement sur la thymie et le dynamisme vital.

De fait, un syndrome dépressif latent est encore souvent négligé faute, parfois, de poser les questions nécessaires lors d'un entretien directement centré sur l'exploration psychologique. Il n'est pourtant pas possible dans ce cas de traiter les douleurs sans tenir compte de l'état dépressif qui peut même être directement à l'origine des perceptions douloureuses (céphalées diverses, douleurs articulaires ou osseuses, douleurs viscérales).

Un syndrome dépressif masqué peut être évoqué dans les cas où les douleurs et l'atteinte organique causale sont seules mises en avant par le malade, l'entourage et même le médecin traitant. La tonalité de l'humeur peut sembler en rapport avec la souffrance. Ce n'est qu'une investigation psychologique plus approfondie, voire même une épreuve thérapeutique par psychotrope qui peuvent démontrer cette dimension cachée.

Conduite thérapeutique

Il ne faut jamais négliger le fait que la thérapeutique du vécu douloureux comprend une prise en charge globale et non pas seulement la prescription d'antalgiques.

L'essentiel des difficultés provient des douleurs chroniques et de la conduite qu'il faut adopter à long terme. L'action soignante doit tenir compte des facteurs environnementaux qui contribuent à rendre la douleur lancinante, insupportable, expliquant et justifiant l'insomnie, le repli sur soi, l'apragmatisme et les troubles caractériels. C'est dire que les soins de nursing dont peuvent être entourés un patient isolé, ou un vieux couple peuvent contribuer à atténuer les plaintes sinon la demande.

La prescription et l'utilisation de l'antalgique ne peuvent être envisagées sans tenir compte de l'action extrapharmacologique du médicament. C'est ce qui est contenu dans la notion d'action placebo du médicament et d'effet soignant de la relation thérapeutique.

On ne peut la résumer, comme on le voit trop souvent, par une prescription agressive d'une substance inactive chez un patient que l'on qualifie d'« hystérique ». Mais il faut effectivement rappeler que l'on constate trop souvent une distribution chronique et régulière d'antalgiques, soit par ordonnance à laquelle le patient est directement cramponné, soit dans les institutions pour personnes âgées, sans que l'on note réellement une diminution véritable du nombre de plaintes.

Dans tous les cas, il n'est pas possible de réduire brusquement les prescriptions d'antalgiques ou de les remplacer sans plus de précaution par des placebos. Seule une prise en charge plus proche, plus attentive, tenant compte des réalités relationnelles serait capable de diminuer les prescriptions, d'utiliser le facteur placebo et sans doute d'améliorer la difficulté de vivre du douloureux.

Les médicaments de la douleur (tableau 9-11)

Les antalgiques centraux

Ils modifient l'intégration corticale de la douleur et le retentissement psychologique de celle-ci.

❒ Les morphiniques

Les alcaloïdes naturels de l'opium. – La morphine peut être administrée par voie orale, IV ou IM ou même par voie épidurale. Plus récemment ont été mis au point les formes orales à libération prolongée *(Moscontin)*.

La codéine a des propriétés antitussives et non pas analgésiques.

Tableau 9-11. Les médicaments de la douleur.

EFFET PSYCHIQUE
DYNAMISANT ou EUPHORISANT

Anti-dépresseurs

Morphiniques

Corticoïdes

EFFET
ANTI-INFLAMMATOIRE

0

EFFET
ANTALGIQUE

Noramidopyrine
Nefopam

Paracétamol
Fénines

Salicylés

Anti-inflammatoires non stéroïdiens

* Les pointillés indiquent un effet possible mais non constant.

Les dérivés morphiniques de synthèse, narcotiques. – La péthidine *(Dolosal)* administrée en IM est moins sédative et euphorisante que la morphine. Contrairement à cette dernière, elle entraîne une mydriase.

La dextromoramide *(Palfium)* est administrée *per os*, en IM ou IV. L'analgésie est importante mais la molécule est moins sédative et euphorisante que la morphine. L'action est rapide mais brève, entraînant hypotension et bradycardie.

La pentozocine *(Fortal)* peut être prescrite par voie orale et parentérale. Les comprimés sont inscrits au tableau B modifié pour pouvoir être délivrés par un traitement de deux mois, les ampoules étant soumises à la règle des sept jours. La buprénorphine *(Temgésic)* possède une grande activité antalgique et de durée prolongée de plus de dix heures, supérieure donc à la morphine. Elle est utilisée par voie IM ou IV.

Les dérivés morphiniques de synthèse non narcotiques. – Le dextropropoxyphène *(Antalvic)* d'action antalgique plus faible est peu toxicomanogène. On l'utilise par voie orale et souvent en association avec le paracétamol *(Di-Antalvic)*, l'acétylsalicylate *(Propofan)* ou la phénylbutazone *(Midalgyl).*

❐ Effets indésirables des dérivés morphiniques

L'effet psychodysleptique. – L'impression de bien-être et d'euphorie peut être recherchée dans le traitement de la douleur lors d'un traitement bref ; cette propriété n'est pas à l'origine d'assuétude. A l'inverse, l'utilisation au long cours pour des douleurs chroniques peut entraîner une dépendance par la réaction moindre à l'effet analgésique et par le syndrome de sevrage à l'arrêt du traitement.

L'effet dépresseur respiratoire. – Il peut être particulièrement gênant chez la personne âgée ayant une insuffisance respiratoire, d'autant que s'y ajoute une action broncho-constrictive.

L'effet constipant. – Il est très régulièrement retrouvé. Son action chez les personnes âgées est néfaste. Chez l'homme peut se produire un accident de rétention urinaire.
On citera, de façon non constante, le déclenchement de nausées, la tendance à l'hypotension et à la bradycardie.

❐ Les non-morphiniques

Le néfopam *(Acupan)* est une molécule originale dont l'activité analgésique paraît essentiellement centrale. Il faut noter aussi une action anticholinergique.

Les antidépresseurs. – On tend à admettre qu'il existe une action analgésique directe des antidépresseurs, spécialement des molécules tricycliques. Cette action serait rapide, mais cependant au bout de trois à sept jours de délai. On peut noter cette action de l'amitriptyline ou de l'imipramine dans des douleurs torturantes mais peu dépressiogènes comme le zona, les neuropathies diabétiques, les migraines typiques ou les névralgies du trijumeau. Mais il est très possible d'agir sur les facteurs dépressifs importants après une action de dix à quinze jours dans les céphalées, les lombalgies et autres douleurs rhumatismales, les syndromes algo-dystrophiques et les douleurs cancéreuses.

Les analgésiques périphériques

❒ Les analgésiques antipyrétiques

Les salicylés. – Ce sont toutes les spécialités contenant de l'acide acétylsalicylique, c'est-à-dire dans notre pharmacopée actuelle trente formes de présentation et cent trente spécialités où le produit actif est en association.

L'effet comprimé est dû à l'action locale sur la muqueuse gastrique, mais, même dans les présentations galéniques qui suppriment cette action directe, il existe une action ulcérogène et hémorragique. Cet effet augmente avec la dose et la durée du traitement. La tolérance digestive clinique n'est pas régulièrement significative. En somme, les dérivés salicylés sont contre-indiqués chez tout patient ayant un ulcère en évolution, une gastrite prouvée, mais aussi une tendance hémorragique en particulier par suite d'un traitement anticoagulant.

Les pyrazolés. – Il s'agit de l'antipyrine et de la noramidopyrine. L'activité analgésique est forte et la résorption digestive rapide. L'effet indésirable à type d'agranulocytose, rare mais imprévisible, fait discuter tout traitement chronique. Il faudra aussi tenter de ne pas utiliser les spécialités comportant ces produits en association et ouvrant le risque d'une administration à l'insu du prescripteur.

Les dérivés du para-aminophénol. – Il s'agit de la phénacétine et du paracétamol (*Doliprane, Efferalgan, Dafalgan*). Ces produits ont une activité voisine de celle de l'aspirine, mais sans propriété anti-inflammatoire. Le produit est bien supporté, mais peut provoquer surtout en cas de surdosage une hépatite cytolytique.

❒ Les analgésiques non antipyrétiques, non anti-inflammatoires

Il s'agit de la clométacine (*Dupéran*), de la fénoprofénine (*Nalgésic*), de même que de la glafénine (*Glifanan*), et de la floctafénine (*Idarac*). Ces molécules ont un effet analgésique supérieur à l'aspirine pour une bonne maniabilité en particulier par voie orale. Il faut connaître cependant l'existence de chocs allergiques et d'insuffisance rénale aiguë par tubulopathie.

❒ Les anti-inflammatoires non stéroïdiens

Ils sont très largement prescrits chez le sujet âgé du fait de leurs propriétés antalgiques associées à une action antirhumatismale, antipyrétique et anti-agrégante plaquettaire.

Effets indésirables. – *Les troubles gastro-intestinaux* entraînent souvent une symptomatologie douloureuse épigastrique et même un ulcère gastroduodénal qui peut se compliquer. On pourra prescrire des topiques anti-acides

gastriques en conseillant leur utilisation une heure après chacun des repas. Mais en cas de douleurs persistantes, une fibroscopie est indispensable.

Les accidents rénaux sont dus essentiellement à la diminution du flux sanguin et de la filtration glomérulaire. Ils surviennent dans les premiers jours du traitement chez un sujet hypovolémique.

Les accidents cutanés : il s'agit d'éruptions cutanées prurigineuses.

Une hépatite peut survenir, de même que pour certains une toxicité médullaire.

Devant les plaintes du sujet âgé et les douleurs ressenties par atteinte rhumatismale, il faut évaluer les risques pris et le bénéfice attendu :

– les effets secondaires sont plus forts si les posologies sont élevées et les traitements longs ;

– les effets indésirables sont plus élevés au cours de la polyarthrite rhumatoïde et de la spondylarthrite ankylosante. Au contraire, ils sont limités au cours du traitement de l'arthrose simple ;

– il existe enfin un certain nombre de risques d'interaction avec d'autres médications associées.

Les antispasmodiques

Les médicaments anticholinergiques agissent par inhibition compétitive des effets muscariniques de l'acétylcholine, c'est-à-dire en inhibant l'action du système nerveux autonome parasympathique sur les muscles lisses.

L'action antispasmodique sur les muscles lisses n'est pas unique ; il existe aussi les actions antisécrétoire et mydriatique, mais c'est cette action antispasmodique qui est le site principal de l'action antalgique :

– *digestive :* colique hépatique, colopathie, douleurs gastriques ;

– *urologique :* colique néphrétique, incontinence par vessie irritable ;

– *gynécologique :* dysménorrhée ;

– *respiratoire :* lutte contre le bronchospasme.

Les préparations utilisent :

1) les extraits de plantes solanacées. Il s'agit des extraits de feuilles de belladone, de datura stramonium et de jusquiame noire ;

2) les alcaloïdes naturels extraits de ces plantes : atropine (tête de file des alcaloïdes), hyposcyamine, scopolamine ;

3) les dérivés de synthèses et spécialités contenant un mélange de principes actifs :

Buscopan	*Spasmalgine*	*Spasmacol*
Viscéralgine	*Aparoxal*	*Supposedol*
Norbiline	*Diaspasmyl*	*Gastrozépine*
Dactil	*Ditropan*	*Spasmenzyme*
Baralgine	*Gélosédine*	*Prantal*
Prontalgine	*Spasmodex*	*Ultrazym*
Librax	*Dénoral*	

Précautions d'emploi. – L'utilisation de ces substances comporte des effets anticholinergiques qui doivent être pris en compte dans une action synergique pour un effet pharmacologique sur tel ou tel organe sensible :
– déclenchement d'une poussée de glaucome ;
– rétention d'urine ;
– constipation ou même iléus paralytique ;
– stagnation des sécrétions bronchiques ;
– palpitations cardiaques ;
– syndrome extrapyramidal ;
– excitation, irritabilité et même confusion mentale.

Indications thérapeutiques

Crises douloureuses hyperalgiques

Les crises douloureuses néphrétiques, hépatiques et digestives. – Il est important, bien entendu, d'en faire un diagnostic précis et étiologique avant d'envisager le traitement antalgique. Celui-ci repose sur les antalgiques puissants tels que la noramidopyrine et les antispasmodiques. Lorsque la douleur ne cède pas et que le diagnostic est assuré, il est légitime de recourir aux dérivés morphiniques.

Il ne faut pas cependant négliger l'existence de crises viscérales hyperalgiques qui ne répondent pas à une étiologie organique dépistée. Il s'agit aussi parfois de sujets qui ont souffert d'affections précises, mais chez lesquels les crises douloureuses se répètent sans substratum connu.

On peut évoquer les manifestations névrotiques de détresse aiguë survenant dans certaines circonstances relationnelles spécifiques. Le traitement antalgique peut s'aider d'injection placebo, d'un traitement anxiolytique ou d'un neuroleptique sédatif.

Les crises douloureuses thoraciques. – Bien entendu, il est essentiel de dépister rapidement un infarctus du myocarde, une embolie pulmonaire ou un OAP, pour lesquels les dérivés morphiniques ont un effet très heureux.
Mais on ne peut négliger les cas très nombreux pour lesquels une douleur thoracique souvent superficielle, une dyspnée bruyante ou une tachycardie angoissante ne correspondent pas à des lésions reconnues. Il faut donc rappeler qu'une crise d'angoisse, un état névrotique aigu réactionnel ou un syndrome dépressif peuvent s'exprimer de cette façon et que le traitement ne dépend pas alors de la prescription d'antalgiques.

Les douleurs chroniques

❐ Céphalées

Les crises migraineuses sont plus rares chez le sujet âgé et ne se révèlent pas après 65 ans.

Le zona ophtalmique et ses séquelles hyperalgiques sont une complication grave et quasi spécifique à la personne âgée. Si la douleur ne cède pas au *Tégrétol*, elle peut répondre aux antidépresseurs et aux neuroleptiques.

Les algies vasculaires de la face existent chez le sujet âgé et répondent aux thérapeutiques actives chez le sujet jeune.

L'artérite temporale de Horton est une céphalalgie unilatérale ou bilatérale survenant surtout chez la femme après 65 ans et même 70 ans, accompagnée de signes généraux et de douleurs rhizoméliques. Le traitement étiologique par la corticothérapie est efficace sur les douleurs.

La névralgie du trijumeau apparaît comme fréquente dans le troisième âge, très intense en éclair et réveillée par la stimulation d'une zone gâchette. Le *Tégrétol* est très souvent efficace, mais pas toujours. On peut avoir recours aux antidépresseurs ou aux analgésiques périphériques puissants, parfois même aux neuroleptiques.

Les céphalées avec artériosclérose comportent des douleurs orbito-frontales uni- ou bilatérales, nucales ou temporales postérieures, souvent une hypertension, des vertiges et autres troubles d'insuffisance cérébro-vasculaire et parfois également une arthrose cervicale. Les douleurs peuvent être permanentes ou se renforcer dans la 2e partie de la nuit, réveillant le patient.

L'EEG peut montrer des ondes lentes delta et thêta parfois en bouffées. Le Doppler des artères cervicales à destination cérébrale est souvent perturbé.

Les traitements vaso-protecteurs hypotenseurs, les anxiolytiques et les dérivés de l'aspirine sont souvent efficaces.

Les céphalées dépressives sont souvent intenses, insupportables, tenaces, non calmées par les antalgiques courants et font l'objet d'un harcèlement médical jamais satisfait. Il faut savoir reconnaître les symptômes dépressifs qui y sont associés avec un repli douloureux.

Les antidépresseurs sont très efficaces mais n'excluent pas totalement l'emploi des antalgiques à action périphérique.

❒ Les douleurs nerveuses périphériques

Il peut s'agir des douleurs secondaires au zona thoracique, aux amputations, aux neuropathies diabétiques ou aux compressions radiculaires néoplasiques.

Si l'on commence par les analgégiques périphériques : aspirine, paracétamol, fénines ou dextropropoxyphène, il ne faudra pas négliger l'efficacité des médicaments antidépresseurs et enfin penser à l'utilisation de la noramidopyrine et des dérivés morphiniques.

❒ Les douleurs rhumatismales

Les maladies articulaires s'intriquent souvent au cours de la vieillesse, rendant le diagnostic de ces affections difficiles, mais c'est l'arthrose qui domine, par sa fréquence, sa diffusion, le retentissement des douleurs, tant

par le blocage fonctionnel que par les conséquences psychiques de ces souffrances quasi permanentes.

Le traitement de la douleur est important dans la mesure où il diminue la souffrance, mais il redonne aussi des possibilités fonctionnelles empêchant l'immobilisme douloureux, évolutif et envahissant.

La prescription fait fondamentalement appel aux anti-inflammatoires non stéroïdiens qui doit tenir compte de la plus grande fragilité digestive des personnes âgées et de la possibilité d'une insuffisance rénale.

Il est, bien sûr, possible d'associer les analgésiques salicylés, mais ils aggravent le risque digestif. On peut préférer l'utilisation des fénines ou les dérivés du paracétamol.

Il faut insister sur l'intérêt des antidépresseurs tant par leur action antalgique (particulièrement dans les syndromes algodystrophiques) que par leur effet purement normothymique important du fait de la fréquence des syndromes dépressifs associés.

❒ Les douleurs viscérales chroniques

Il est très fréquent de constater des plaintes viscérales chroniques, sans qu'il leur corresponde des atteintes organiques évidentes. Il peut s'agir de douleurs profondes permanentes, localisées à un organe désigné par le patient lui-même (le foie, le côlon, l'estomac, les reins). Il a pu exister une affection précise il y a plusieurs années ou une anomalie visible sur les explorations radiologiques et depuis cette « faiblesse » semble constituer un point d'appel aux plaintes. Parfois, celles-ci se transforment en une hypocondrie d'organe, ou l'utilisation des analgésiques périphériques et des antispasmodiques neurovégétatifs n'apparaît pas comme satisfaisante.

L'emploi d'un placebo n'est pas facile à instituer pour de longues périodes. On pourra s'aider des antidépresseurs et parfois des neuroleptiques (pas seulement s'il existe une note franchement délirante).

Dans d'autres cas, les douleurs sont intenses, accompagnées d'un cortège fonctionnel démonstratif et d'exigences thérapeutiques dramatiques. Les antalgiques ont tendance à être employés de façon anarchique. On répond parfois par des examens complémentaires, répétitifs et inutiles, sans aborder la question de l'état psychologique ; il existe souvent des perturbations importantes pouvant nécessiter un abord essentiellement psychothérapeutique relationnel et le recours substitutif aux psychotropes.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAHAM K. – *Le pronostic du traitement psychanalytique chez les sujets d'un certain âge*, Payot, Paris, 1966.

ABRAHAM K. – *L'acte manqué d'un octogénaire*. Œuvres complètes : Tome II (1913-1925), Payot, Paris, 1966.

AD 2000 – Collaborative group Birmingham UK. – Long Term donezepil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease : Randomised double-blind trial, *The Lancet*, 2004, *363*, 2105-2115.

AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé). – *Les antidépresseurs,* oct. 2006. (www.afssaps.sante.fr)

AKISKAL H.S. – Le spectre bipolaire : Acquisitions et perspectives cliniques. *L'Encéphale,* 1995, VI (sup), 3-11.

ALI CHÉRIF A., BALZAMO M. – *Les troubles cognitifs et comportementaux de la maladie de Parkinson. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*, Masson, Paris, 1996.

ARBOUSSE-BASTIDE J.-C., LE GOUES G. – Mouvements défensifs du Moi au cours du vieillissement. *Actual. Psychiatr.*, 1982, *6* (n° spécial psychogériatrie), 75-80.

ARMOGATHE J.-F. – Évolution de la sexualité du troisième âge. *Actual. Géront.*, 1979, *16*, 6-10.

ARSLAND D., ANDERSEN K., LARSEN J.P. et coll. – Prevalence and characteristics of dementia in parkinson disease. an 8 years prospectives study. *Arch. Neurol.* 2003, *60*, 87-92.

BALDWIN R.-C., JOLLEY D.-J. – Le pronostic des dépressions du sujet âgé. *Br. J. Psychol.*, 1986, *149*, 574-583.

BARRERE H. – *La relation psychosociale avec les personnes âgées,* Privat, Toulouse, 1993.

BERGENER M., ERMINI M., STRABELIN H.-B. – *Thresholds in aging*, Academic Press, London, 1985.

BERGERET J. – La deuxième crise d'adolescence, sénescence et crise d'identité. *In : Le temps et la vie, les dynamismes du vieillissement*, 71-78. Sous la direction de Guillaumin J., Reboul H. Chronique sociale, Lyon, 1982.

BESSON G., HOMMEL M., PERRET J. – *Les lacunes*, Rapport Congrès de psy. et de neurol. de langue française, (Pointe-à-Pitre, 1993), Masson, Paris, 1993, 61 p.

BIRREN J.E., DEUTCHMAN D.E. – *Guiding autobiography groups for older adults,* The Johns Hopkins University Press Edition ; Baltimore, London, 1992.

BLAZER D., WILLIAMS C.-D. – Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population, *Am. J. Psychiatr.*, 1980, *137*, 4, 439-444.

BOIS J.P. – *Les vieux,* A. Fayard, Paris, 1989.

BOND D.-D., LEVIN S., ZINBERGNE. – Psychoanalytic considération of aging. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 1964, *12*, 151-159.

BRION S. – Démences préséniles. *Encycl. Méd. Chir. Paris (05/1977) Psychiatrie*, 37545 A10.

BRION S. – Atrophie et scléroses cérébrales tardives. *Encycl. Méd. Chir. Paris (09/1981) Neurologie*, 17056 A10.

BRIOT M. – *Rapport sur le bon usage des psychotropes*, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, Paris, 2006.

BRUN A. – Frontal lobe degeneration of non-Alzheimer type revisited Dementia, 1993, *45*.

BRUN A., GUSTAFSON L., RISBERG J., HAGBERG B., JOHANSSON A., THULIN A. K, ENGLUND E. – *Clinicopathological correlates in dementia : a neuropathological, neuropsychiatric, neurophysiological and psychometric study.* Clinical and Scientific psychogeriatrics, T. 2, Springer Publishing Company, New York, 1990.

BULBENA A., BERRIOS G.-E. – Pseudo-dementia : facts and figures. *Br. J. Psychol.*, 1986, *148*, 87-94.

BYRNE E.-J., SMITH C.W., ARIE T. – The diagnosis of dementia, *Intern. J. of Ger. Psychiat.*, 1991, 6, 199-280.

CAPGRAS J. – Crimes et délits passionnels. *Ann. Médico Psychol.* 1927, *1*, 32-47.

CHARAZAC P. – *Psychothérapie du patient âgé et de sa famille*. Paris, Dunod, 1998, 169 p.

CHAUMIER J.-A., MERLET-CHICOINE I., CHAUMIER-BERNARD S. – La démence à corps de Lewy diffus. *N.P.G.* 2003, *3*, 13, 24-32.

CHEN S.T., ALTSHULLER L.L., SPAR J.E. – Bipolar disorder in late life : a review. *J. Geriatric Psychiatry Neurology*, 1998, *11 (1)*, 29-35.

COLONNA L., ZANN M. – Antidépresseurs chez le sujet âgé. *Gaz. Méd. de France*, 1983, *90*, n° 32, 3215-3216.

COTARD J. – Du délire des négations, *Arch. Neurologie*, 1882, repris dans *Rev. intern. d'histoire de la psychiatrie*, 1985, *3*, 55-72.

COUSIN F. et coll. – Approche thérapeutique d'une population de patients présentant des troubles psychotiques aigus ou chroniques : enquête RÉALITÉ. *L'Encéphale*, 2006, *32*, 465-72.

CUMMINGS J.L. – Depression and Parkinson's disease : a review. *Am. J. Psychiatr.* 1992, *149*, 443-54.

DARDENNES R. – Antidépresseurs. Surconsommation Française ou sous prescription ? *Le Conc. Med.*, 2007, *129, 13/14*, 402-404.

DA SILVA G. – Considérations sur le vieillissement et la psychothérapie des personnes âgées, *Laval Méd.*, 1966, *37*, 199-207.

DE CLERAMBAULT G. – Les délires passionnels (érotomanie, revendication, jalousie). *Bull. Soc. Clin. Med. Mentale*, 1921, 61-71.

DELBECQUE H. – *Les soins palliatifs et l'accompagnement des malades en fin de vie,* Ministère de la Santé, SICOM, Paris, 1994.

DEROUESNE C. – Performances cognitives objectives et plaintes mnésiques. *Psychol. Méd,.* 1992, *24-10*, 1075-1085.

DIAS CORDEIRO J.-C. – Les états délirants tardifs, *Évol. Psychiatr.*, 1972, 2, *37*, 331-347.

DOLDER C.R., LACRO J.P., DUNN L.B., JESTE D.V. – Antipsychotic medication adherence : is there a difference between typical and atypical agents *? Am. J. Psychiatry*, 2002, *159, 1,* 103-108.

DUBAS F., GRAY F., ROULLET E., ESCOUROLLE R. – Leucoencéphalopathies artériopathiques, *Rev. Neurol. (Paris)*, 1985, *141*, 93-108.

DUBOIS B., TOUCHON J., PORTET F., OUSSET P.-J., VELLAS B., MICHEL B. – Les cinq mots : Epreuve simple et sensible pour la maladie d'Alzheimer. *Presse Med.*, 2002, 31, 1696-1699.

EY H. – Jalousie morbide. *Études psychiatriques*, 1980, *2*, n° 18, 483-514.

FAVA M., ANDERSON K., ROSENBAUM J.F. – Anger attacks : possible variants of panic and major depressive disorders. *Am. J. Psychiatr.* 1990, *147*, 867-870.

FEHER E.P., MAHURIN R.K., INBODY S.B., CROOK T.H., PIROZZOLO F.J. – Anosognosia in Alzheimer's Disease *Neuropsychiat. Neuropsychol. et Behav. Neurol*, Raven Press, New York, 1991, *4*, 2, 136-146.

FÉLINE A. – *Les dépressions hostiles*. In : La dépression. Études. *Masson Edit,* Paris, 1991*,* 33-52.

FERENCZI S. – *Pour comprendre les psychonévroses du retour d'âge.* Œuvres Complètes, Payot, Paris, 1974.

FERREY G., GALLOIS P. – (Sous la direction de) Pour les personnes âgées un lieu hospitalier, étude du périple hospitalier, *Gérontologie*, n° 91 et n° 92, Association les amis de la revue gérontologie, Paris, 1994.

FERREY G., TAURAND PH., GHODHBANE T. – Le syndrome de glissement, effondrement psychosomatique ? *Psychol. méd.*, 1991, *23-8*, 907-911.

FERREY G. – *Le syndrome de Cotard et les négations fonctionnelles chez le sujet âgé.* In : Baumstimler Y., Cacho J., Czermak M. *Délire des négations.* Edit. Ass. Recherche Psychopat. Clin., St Germain-en-Laye, 1993

FOLSTEIN M.F., FOLSTEIN S.E., MC HUGH P.R. – « Mini Mental State » a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. of Psychiatric Research*, 1975, *12*, 189-198.

FORETTE F. (sous la direction de) – *Démences et dépressions*, Congrès de la Fondation nationale de Gérontologie, Paris, 1989. Maloine, Paris, 1989.

FREUD S. – *Pulsions et destins des pulsions* (1915). Traduction de Laplanche J. et Pontalis J.-B., Gallimard, Paris, 1968, 11-44.

FREUD S. – *Au-delà du principe de plaisir* (1920). Payot, Paris, 1970, 7-81.

GAULLIER X. – Quel avenir pour le maintien à domicile des personnes âgées ? *Rev. Franç. Aff. soc.*, 1986, *2*, 9-13.

GAUTHIER A., COLVEZ A. – *Les enquêtes régionales sur l'état de santé des personnes âgées réalisées en France entre 1978 et 1988.* In : *Personnes âgées, environnement, santé, revenus.* Sesi, La Documentation Française, Paris, 1989.

GEMMA M., JOWES M., BERE M., MIESEN L. – *Care giving in dementia – Research and application,* Tavistock Routledge, London & New York, 1992.

GITELSON M. – The emotional problems of elderly people. *Psychoanalysis : science and profession*, International Universities Press, New York, 1973, 115-141.

GOLDFARB A., SHEPS J. – Psychotherapy of psychodynamics of the therapeutic situation with aged patients. *Psychanal. Rev.*, 1955, *XLII*, n° 2, 180-187.

GOLDSON R.-L. – Management of sleep disorders in the elderly. *Drugs*, 1981, *21*, 390-396.

GOLDSTEIN DJ. – Duloxetine vs placebo in patients with painful diabetic neuropathy. *Pain*, 2005, *116,* 1-2, 109-118.

GRAUX P., COPIN J.-M., DUROCHER A.-M., DELHAYE M.-P. – Le suicide de la personne âgée vivant en institution. *Rev. Gériatr.*, 1982, *7*, 1, 22-24.

GRÖBER E., BUSCHKE H., CRYSTAL H., BANG S., DRESNER R. – Screening for dementia by memory testing. *Neurology*, 1988, *42*, 11-18.

GUARD O., TAVERNIER-VIDAL B., GRAS P., BORDER A. – La BAC 40 : une batterie cognitive de diagnostic des démences en pratique quotidienne à l'usage des neurologues, gériatres et psychiatres*.* *Rev. Neurol.*, 2003, 159, 5 s, 108.

GUARD O., BELIN J.L., PILLIEN C., TAVERNIER B., GATHION S., MILLOT I. – Evaluation cognitive au cabinet du spécialiste : Etude de la batterie BAC 40 dans une population de sujets normaux. *La Rev. de Gériatrie*, 2006, *31*, *4*, 245-252.

HECAEN H., LANTERI-LAURA C. – *Les fonctions du cerveau*, Masson, Paris, 1983.

HENRARD J.-C. – *Soins et aides aux personnes âgées*, Ctnerhi PUF, Paris, 1988.

HENRARD J.C. – (Sous la direction de) *Vieillir dans la ville*, Mire, L'Harmattan, Paris, 1992.

HENRARD J.-C. – *Santé publique et vieillissement.* INSERM, Paris, 1982.

HOWARD R., ALMEIDA O., LÉVY R. – Phenomenology, demography and diagnosis in late paraphrenia. *Psychol. Medicine*, 1994, *24*, 397-410.

JACQUES E. – La mort et la crise du milieu de la vie. Traduction in : Anzieu D. et coll. – *Psychanalyse du génie créateur.* Paris, Dunod, 1974, 238-260.

KAY D.W.K., BURROWS G.D. – *Handbook of studies on psychiatry and old age*, Elsevier, Amsterdam, 1984.

KARASU T.-B., BOURGEOIS M.-L. – Psychopathologie et psychothérapie du sujet âgé, *In : Psychiatrie et troisième âge*, Symposium International, Bordeaux, 1980, 207-231. Lab. Dausse, Paris, 1981.

KUBLER-ROSS E. – *Les derniers instants de la vie*, Labor & Fides Éd., Genève, 1975.

LAMBOY B. – *Baromètre santé 2005. Les troubles dépressifs et leur prise en charge*, INPES, Paris, 2006, 69-76.

LEBERT F., PASQUIER F. – *Les démences fronto-temporales. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. St Malo*, Masson, Paris, 1995.

LEBERT F. – *Symptômes psycho-comportementaux et psychologiques des démences.* In : Duyckaerts C., Pasquier F. *Démences*, Doin, Paris, 2002, 49-58.

LE GOUES G. – *L'âge et le principe de plaisir.* Paris, Dunod, 2000, 161 p.

LE GOUES G. – *Psychanalyse au cours de la seconde moitié de la vie.* In : *Psychanalyse et psychothérapies*. Widlöcher D., Braconnier A., Collection Médecine-Sciences, Paris, Flammarion, 1996, 140-154.

LE GOUES G. – *Le psychanalyste et le vieillard*, PUF, Paris, 1991.

LE GOUES G. – Psychothérapies du sujet âgé, Éd. Techniques. *Encycl. méd.- chir. (Paris), Psychiatrie*, 37541, A10, 1991.

LEMOGNE C., PIOLINO P., JOUVENT R., ALLILAIRE J.-F., FOSSATI P. – Mémoire autobiographique épisodique et dépression. *L'Encéphale*, 2006, *32*, 781-788.

LEMPERIERE Th. – (Sous la direction de). *Les dépressions du sujet âgé.* Acanthe. *Masson Edit*. Paris, 1996, 157 p.

PERUCHON M., LE GOUES G. – *Destins de la pensée au cours de la maladie d'Alzheimer.* Psychanalyse à l'Université, 1991, *16*, 64, 141-152.

LEYS D., PETIT H. – La maladie d'Alzheimer. *Rapport de neurologie au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française*, Chambéry. Masson, Paris, 1988.

MALAUZAT D. – *Thérapeutiques biologiques de la dépression du sujet âgé.* In : *Les dépressions du sujet âgé.* Sous la direction de Th. Lemperière. Masson Edit. Paris, 1996.

MATSUMOTO H. – Hyponatremia associated with selective serotonin reuptake inhibitors. *Intern med.*, 2005, *44*, 173-174.

MILLER N.-E. – The psychoanalysis of the older patients. *J. Psychoanal. Assoc.*, 1986, *34*, 1.

MIRABEL-SARRON C., RIVIÈRE B. – *Précis de thérapie cognitive.* Dunod, Paris, 1997.

MOUCHABAC S. – Symptômes résiduels après traitement antidépresseur d'un EDM. *L'Encéphale*, 2003, *29*, 438-444.

M'UZAN M. de – *Le travail du trépas.* In : *De l'art à la mort*, NRF. Gallimard, Paris, 1977, 182-199.

PASQUIER F., LEBERT F. – *Les démences fronto-temporales.* Congrès de psy. et de neurol. de langue franç. St-Malo. Masson Edit. Paris, 1995.

PERRY R.H., IRWING D., TAMLINSON B.E. – Lewy body prevalence in the aging brain relationship to neuropsychiatrie disorders Alzheimer type pathology. *J. Neurol. Sci.*, 1990, *100,* 223-233.

PETRY S., CUMMINGS J.L., HILL M.A., SHAPIRA J. – Personality alterations in Dementia of the Alzheimer type. *Arch. Neurol.*, 1988, *45*, 1187-1190.

PEQUIGNOT H. – La vieillesse : miroir de l'humanité comme volonté et comme représentation. *Congrès de Gérontologie* (Canada), janvier 1984.

PICHOT P., PULL C.-B., NOWICKA E., PULL M.-C., VON FRENCKELL R. – A propos de la mélancolie d'involution. IV : Comparaison de la symptomatologie des dépressions unipolaires à début précoce et des dépressions unipolaires à début tardif. *Ann. Méd. Psych.*, 1979, 137, *10*, 975-984.

PILLON B., CZERNECKY V., DUBOIS B. – Syndromes dyséxécutifs et maladies dégénératives. *Rev. Neurol.*, 2004, *160*, 4 pt 2, 2 s 24-2 s 30.

PIOLINO P. – Le vieillissement normal de la mémoire autobiographique. *Psychol. et neuropsychiatrie du vieillissement*, 2003, *2-1*, 25-36.

PITT B. – *Dementia*. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1987.

PLOTON L. – La démence sénile : un piège intellectuel. *Rev. Gériatrie*, 1983, *8*, 4, 173-175.

POHIER J. – *La mort opportune*. Paris, Le Seuil, Essais, 1998, 361 p.

PONCET M., MICHEL B., NIEOULLON A. – *Actualités sur la maladie d'Alzheimer*, Solal, Marseille, 1994.

RIVIÈRE B., SAILLON A. – Les thérapies cognitives et comportementales chez les personnes âgées. *Journal de thérapie comportementale et cognitive,* 1996, *6-4,* 122-125.

ROBINE J.M., COLVEZ A., BUQUET D., HALTON F., MOREL B., LELAIDIER S. – L'espérance de vie sans incapacité en France en 1982. *Population*, 1986, 6, 1025-42.

ROGERS J.M., PANEGYRES P.K. – Cognitive impairment in multiple sclerosis : evidence based analysis and recommendations. *J. of Clin. Neurosciences*, 2007, *14*, 919-927.

SAUVY A. – Quelques vues sur le traitement des vieux dans la société. *Rev. Gériatrie*, 1982, *7*, n° 6, 255-259.

SCHMITT L., CAMUS V., MONTASTRUC J.-L. – *Troubles de l'humeur des affections du système nerveux central.* Congrès de psychiatrie et de neurol. de langue française. St-Malo. 1995. Masson Edit. Paris.

SCHUMM S., SEBBAN C., BELMIN J. – Approche chronométrique des processus cognitifs dans l'étude du vieillissement cérébral. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie*, 2003, *3*.

SIGNORET J.-L., HAUW J.-J.(sous la direction de) – *Maladie d'Alzheimer et autres démences*, Flammarion, Paris, 1991.

SOTO M.E. – Rapide cognitive decline among elderly with Alzheimer's disease. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 2005, *9*, 158-161.

TERRA J.-L., BOYADJIAN C., GUYOTAT J., ATTALI G. – Épidémiologie et personnes âgées : les indicateurs de risque de décompensation psychique. *Psychiatrie Française*, 1987, *3*, 19-23.

TESSIER J.-F., LÉGER J.-M. – Une expérience originale : l'hospitalisation à modalités variables en psychogériatrie. *Actual. Géront.*, 1981, *27*, 24-28.

TISON F., DARTIQUES J.F., DUBES L., ZUBER M. ALPEROVITCH A., HENRY P. – Prevalence of Parkinson's disease in the elderly : a population study in Gironde. *Acta Neurol.* Scand. 1994, *90*, 111-115.

TISSOT R. (Sous la direction de) – *Démences,* Theraplix, Paris, 1991.

VAHEDI K., BOUSSER M.G. – Un trouble thymique inhabituel : CADASIL. *L'encéphale du Praticien*, avril 2002, HS 3, 3, 6.

VELLAS B., FITTEN L.J., ALBAREDE J.L. (sous la direction de) – Maladie d'Alzheimer, *L'année gérontologique,* 8, Serdi, Paris, 1994.

VERHEY R.R.J., ROZENDAAL N., PONDS B.W.H.M., JOLLES J. – Dementia, awareness and depression*, Int. J. of Geriatric Psychiatry,* 1993*, 8*, 851-856.

WAYNBERG J. – Les stress sexologiques dans les processus du vieillissement. *Rev. Gériatr.*, 1980, *5*, n° 3, 151-154.

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

F

G

H

I

K

L

M

U

V

W

X

Z